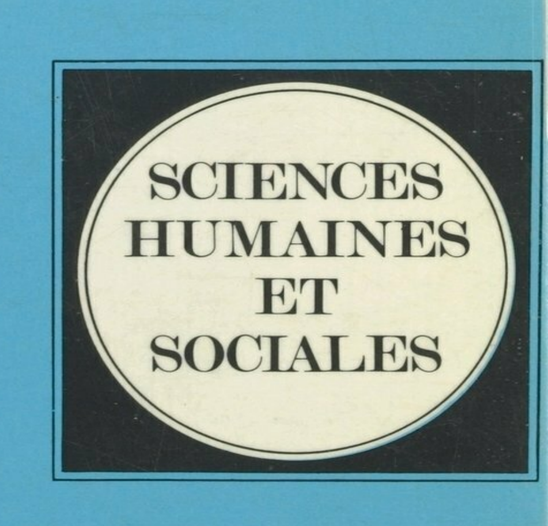
introduction à la psychopathologie

par Rodolphe Roelens



LAROUSSE

Les sciences humaines et sociales recouvrent tant les disciplines qui étudient les comportements de l'individu pris en lui-même (psychologie expérimentale, psychophysique, psychophysiologie, psychologie de l'enfant, pédagogie), ou en comparant les aptitudes des individus (psychologie différentielle), que celles qui définissent les fonctionnements de groupe (psychologie sociale) et analysent un rapport de groupe particulier, notamment la communication (sémiologie, linguistique).

Les sciences sociales étudient le groupe humain soit en référence avec sa physionomie globale (sociologie, ethnologie, anthropologie sociale), soit encore sous un angle particulier de la vie du groupe (économie, géographie économique, démographie) ; certaines, enfin, placent leur perspective dans l'évolution humaine (histoire politique, idéologique, économique). En s'initiant aux problèmes qu'elles posent, un public averti pourra ainsi faire le point sur un débat qui domine notre temps.

Sciences humaines et sociales

introduction à la psychopathologie

par

Rodolphe ROELENS

médecin des hôpitaux psychiatriques de la Seine

LIBRAIRIE LAROUSSE
17, rue du Montparnasse, 114, boulevard Raspail - PARIS

Sommaire

4 - Les délires dits chroniques et le problème de la chronicité

Note historique pour un repérage correct

1. LA PÉRIODE DE DIFFÉRENCIATION

2. LA PÉRIODE D'ATOMISME CLINIQUE

3. LA PÉRIODE DE RÉACTION « ÉVOLUTIVE »

4. LA PÉRIODE DITE MOTRICE

Aspects sémiologiques fondamentaux dans les délires dits chroniques (coupe transversale)

ASPECTS SÉMIOLOGIQUES DE L'INTERPRÉTATION DÉLIRANTE DANS LE DÉLIRE D'INTERPRÉTATION (FOLIE RAISONNANTE — DÉLIRE DE PERSÉCUTION SYSTÉMATISÉ OU PARANOÏAQUE)

Qu'est-ce que l'interprétation délirante ?

Comment procède l'interprétation délirante ?

Quels sont les champs privilégiés ?

Comment s'organise le délire ?

ASPECTS SÉMIOLOGIQUES DES HALLUCINATIONS DANS LA PSYCHOSE HALLUCINATOIRE CHRONIQUE (DÉLIRE SYSTÉMATISÉ HALLUCINATOIRE)

Dans le domaine général de l'activité

Comment cet ensemble est-il vécu par le sujet ?

Dans le domaine de l'humeur, du caractère et de la conduite

Soit des modifications un peu plus évocatrices

Soit, à un degré de plus, des modifications plus paradoxales

Soit, enfin, des modifications plus phantasmatiques

Comment cet ensemble est-il vécu par le sujet ?

LES VOIES D'ENTRÉE PROPREMENT DITES

Organisation insensible du tableau

Les réactions impulsives

Le syndrome délirant et hallucinatoire

Les épisodes aigus

La période de schizophrénie confirmée (essai d'inventaire sémiologique)

DANS LA SPHÈRE GÉNÉRALE DE L'ATTITUDE ET DU COMPORTEMENT

Au niveau de la mimique

Au niveau de l'attitude

Au niveau des conduites

1

Schéma d'approche psychopathologique en pratique hospitalière

(à propos de l'étude d'une observation)

1.1. Avant d'aborder l'étude clinique de quelques-uns des grands chapitres de la nosographie, ce premier chapitre sera traité dans l'esprit d'une *introduction* ; en d'autres termes, son unique ambition sera de faire percevoir, à partir d'une observation, comment le problème psychopathologique se pose, pour nous, *dans l'épaisseur d'une maladie mentale,* sans entrer pour autant dans le détail des démarches et des connaissances qui constituent déjà un certain savoir en psychopathologie, mais en proposant plutôt un schéma « concret », se référant d'ailleurs à la psychologie politzérienne du « drame », susceptible de se nuancer au fur et à mesure de ce que nous pouvons apprendre dans notre pratique sur la vie d'un malade.

La position du problème dans la structure hospitalière

1.2. Pour saisir l'aspect psychopathologique de la maladie mentale, la meilleure méthode est de prendre un exemple dans la vie quotidienne du service. Voici une entrante Mme Z., 55 ans, sans profession depuis plus de vingt ans, de position sociale fort aisée, en principe satisfaisante : elle est mariée à un architecte exerçant

d’importantes fonctions de responsabilité, et mère de plusieurs enfants, tous parvenus à l’âge de l’adolescence et bien engagés dans leurs études.

Les certificats et les notes dont nous disposons lors de l’admission dans le service la disent malade et soignée depuis cinq ans. Ils donnent trois sortes d’informations en fait : un syndrome délirant de persécution, d’empoisonnement et de jalousie centré sur la famille (c’est-à-dire le mari, avec lequel les enfants, selon elle, se sont ligués) et évoluant sans grande rémission durant toute cette période ; à la faveur d’un besoin nettement toxicomaniaque, un appoint éthylique, paraissant jouer sur les idées et le comportement le rôle d’un foyer de combustion ; une personnalité riche et originale jointe à une intelligence supérieure à la normale, un caractère bouillant, emporté et autoritaire sous des dehors faciles, aisés et sociables.

1.3. Si l’on sonde rapidement, comme on doit le faire, *l’histoire* de la malade, on repère quelques jalons dans une évolution apparemment régulière, ou plus exactement quelques « ruptures » au sein de sa continuité. Au moment du passage à l’âge adulte, une première rupture apparaît, en opposition aux conditions éducatives du milieu familial. Mme Z., fille d’une famille bourgeoise (père industriel) n’a pas suivi le destin auquel tout naturellement la conviait cet environnement, conformément à ce qu’étaient il y a une trentaine d’années les conceptions traditionnelles à l’égard des jeunes filles : plutôt que de se marier hâtivement, Mme Z. s’est obstinée contre l’avis familial à faire des études (enseignement) et à exercer le métier de professeur pendant dix ans de façon irréprochable. Puis une nouvelle rupture se produit, mais cette fois par rapport à ce nouveau mode de vie, et par lassitude, semble-t-il : tardivement, à

trente trois ans, elle épouse un homme d'affaires consciencieux, courageux et sympathique et renonce à son métier ; elle et lui exercent alors les fonctions d'époux et de parents modèles pendant quinze ans. Une dernière rupture surgit, celle-là même qui rend nécessaire l'intervention psychiatrique. Quand les affaires du mari sont en ordre et quand les enfants paraissent lancés dans la vie, tout « craque » du côté de notre malade : elle délaisse les occupations du foyer pour lesquelles auparavant sa méticulosité était excessive, se met à boire, à penser que son mari l'empoisonne pour la supprimer et pour en épouser une autre.

1.4. Si l'on sonde, comme on doit également le faire, le *présent* de la malade, on retient quelques autres jalons qui confèrent à cette actualité, apparemment très normale, un caractère plus insolite, et que l'on peut, sans trop forcer les choses, répartir selon trois plans descriptifs.

Suivant le premier, Mme Z. se trouve dans une situation de *malaise intérieur.* Par exemple si elle se laisse aller et si elle boit, c'est qu'elle se sent, comme elle dit, « inutile » ; si elle rentre ivre de la façon la plus provocante à la maison, c'est que, se sentant inutile, elle « en rajoute » et c'est en cela que consiste sa provocation ; si elle comprend parfaitement — mais refuse obstinément — les perspectives d'une nouvelle utilité sociale dont on l'invite à chercher les voies d'accès éventuelles, c'est qu'elle estime qu'à cinquante-cinq ans il est trop tard et que l'horizon est définitivement bouché.

Suivant le second plan, Mme Z. se trouve dans une situation de *malaise relationnel.* Ce sont d'abord les amis et les relations qui se sont écartés d'elle : on ne la visite plus et, quand on le peut, on ne pressent que le mari ; c'est

ensuite le mari qui, bien que l'adorant, s'est écarté d'elle : et comment ne pas le comprendre, puisqu'il est injustement accusé de la tromper et de vouloir l'éliminer ; ce sont enfin les enfants qui ne peuvent plus la supporter et qui, bien qu'ayant quelques griefs à l'égard de leur père, ont pris par nécessité le parti de celui-ci face aux excès de Mme Z.

Enfin, suivant le dernier plan, malaise intérieur et malaise relationnel s'inscrivent l'un et l'autre pour Mme Z. dans un *malaise situationnel.* Ce malaise apparaît d'autant, par exemple, qu'effectivement cette ancienne enseignante ne peut plus, à son âge, reprendre une profession abandonnée depuis vingt ans et se trouve donc vouée au train-train monotone d'une vie quotidienne sans objet et sans projet. Il apparaît encore pour autant qu'effectivement, dans les conditions nouvelles, les liens plus ou moins artificiels du passé ont cédé, en laissant le champ libre désormais pour tous les remplissages artificiels à base d'imagination ou de projection : dans les soi-disant infidélités du mari, comment ne pas lire un certain roman bovarysant de l'épouse qui traduit la part de ses propres insatisfactions dans un renversement des rôles, certes délirant, mais qui permet notamment de fonder le rôle de femme rejetée, avec un statut enfin un peu « intéressant ».

Un triple plan d'approche dramatique dans la maladie mentale

1.5. Quand on lit les certificats de Mme Z., on est évidemment bien loin de pouvoir pénétrer dans ces données. L'étiquetage nosologique ou syndromique passe à l'extérieur, en surface de ce qui est ici *épaisseur de vie* : et pourtant la dernière phase de cette existence, où apparaît

la dimension psychiatrique qui en fait bien partie, doit, d'une manière ou d'une autre, poser le problème de la continuité.

En revanche, à mesure que se complète le puzzle de notre connaissance pratique du malade, à mesure que s'illuminent son présent et son histoire, c'est-à-dire pour peu que l'on se donne la peine de chercher à les rétablir, les symptômes psychiatriques (la sémiologie psychiatrique) n'apparaissent plus comme tombés du ciel. Ils se profilent alors de fait selon un triple enchâssement, avec autant de relais : ils intéressent la subjectivité, l'intersubjectivité et la situation du malade, toutes choses que nous avons rassemblées sous la dénomination de malaise intérieur, relationnel et situationnel.

Ainsi, derrière le plan des symptômes psychiatriques, on peut discerner au moins trois autres plans, chaque plan réagissant sur les autres et réciproquement, malgré le schématisme ou le didactisme de cette démarche. Cela a pour conséquence qu'on a le sentiment, dans ce système de dépouillement des données, que les symptômes de la maladie mentale ne peuvent être que difficilement coupés et isolés de l'ensemble de ce contexte ; et que, d'autre part, pour s'y retrouver dans la lecture de ces symptômes, il faut commencer par les saisir eux-mêmes dans cet enchâssement de plans d'interaction réciproque. En fin de compte, cet arrière-plan de malaise intérieur, relationnel et situationnel où s'inscrit la maladie mentale au travers d'une histoire passée et d'un pathétique actuel, apparaît aussi comme l'arrière-plan dramatique sans lequel on ne saurait prétendre appréhender sinon l'origine du moins l'entretien des troubles mentaux proprement dits. Tout se passe en somme, dans cette façon de procéder, comme si la psychiatrie n'était aussi qu'une psychologie pathologique inspirée de la tradition dramatique. Reprenons de plus près ces trois aspects.

LE PLAN DU MALAISE SITUATIONNEL : LE DRAME

1.6. Dans le passé on ne prêtait guère attention au drame quotidien des malades et c'est ainsi que Simone de Beauvoir peut écrire : « J'assistai seulement aux représentations que le dimanche et le mardi matin Georges Dumas nous donnait à Sainte-Anne, avec le concours de quelques fous. Maniaques, paranoïaques, déments précoces, défilaient sur l'estrade sans qu'il nous renseignât jamais sur leur histoire, sur leurs conflits, sans qu'il parût même soupçonner que des choses se passaient dans leurs têtes » (S. de Beauvoir, *Mémoires d'une jeune fille rangée).*

Il n'en va plus de même aujourd'hui et L. le Guillant peut écrire : « Je suis au contraire frappé de l'abondance d'événements graves ou singuliers retrouvés dans le passé de nos malades. Depuis qu'une organisation un peu plus satisfaisante et une attention accrue portée à ce problème permet (quelquefois) d'obtenir de véritables biographies, dont les données sont puisées à des sources multiples, recoupées et approfondies, ce sont de véritables romans qui s'accumulent dans les dossiers. J'emploie le mot à dessein. Il me semble parfois être en face d'une véritable découverte de la richesse dramatique, si humble et secrète soit-elle, qui caractérise si souvent l'existence des futurs psychopathes » (Bibl. N° 5, p. 14-15).

1.7. Mais qu'est-ce pour nous alors que le drame ? C'est tout simplement, à la façon d'un point de départ et sans ces résonnances émotionnelles que rejetait Politzer, le plan dans lequel on peut saisir la naissance, l'émergence de l'aspect psychologique et donc psychopathologique de la vie quotidienne. Nous ne faisons que suivre là, en somme, le raisonnement de Politzer. Si l'on prend l'***expérience*** d'un quelconque d'entre nous, malade ou non, dans la vie de tous les jours, on constate que tous les événements qui

s’y produisent prennent la forme de scènes assez comparables à celles du théâtre ou du roman, qu’il s’agisse de nos relations familiales, amicales, sentimentales ou de nos relations de travail. Si l’on prend la ***vision*** que nous avons des autres dans la vie quotidienne, on s’aperçoit que tout y tient fondamentalement de ces relations scéniques avec les autres, conditionnées par notre vie en société. Enfin, si nous examinons nos ***intentions*** dans la vie quotidienne, nous nous apercevons aussi que ce qu’il est convenu d’appeler notre vie intérieure puise également dans ce théâtre ses motifs, ses thèmes, ses ambitions, ses projets. Il faut ajouter que si chacun d’entre nous est pris ainsi à chaque moment de sa vie dans ce qu’on peut appeler, en référence à la littérature, un drame, ce drame s’inscrit dans un espace donné, l’espace social où s’insère le nœud complexe des relations dramatiques d’où le *Je* surgit, et dans un temps donné, le temps de l’histoire, décisif sur le plan du mouvement de ces relations dramatiques.

Cela implique donc que, lorsqu’on va essayer de pénétrer le pourquoi et le comment de tel événement dont tel *Je* paraît le centre dans ce drame quotidien, il faudra aussi voir un peu plus loin que la scène qui se déroule, en essayant d’embrasser tous les éléments d’ordre social et historique qui précèdent et conditionnent cet événement. Quand il sera alors question d’examiner le drame de Mme Z., il faudra procéder rigoureusement de la même façon. Il faudra tenir compte, de façon aussi simple mais aussi complète que possible, de l’ensemble de sa situation et de l’histoire des situations qui ont précédé celle-ci. C’est sur cette toile de fond qu’ainsi rien ne devra être négligé de la portée des changements intervenus dans la continuité de sa vie sentimentale et familiale, de la portée de ceux qui sont intervenus dans l’évolution de son statut de femme qui travaillait et qui ne travaille plus. Ce n’est qu’en essayant

de procéder à une reconstitution chronologique de ce genre que l'on pourra situer les ***conditions générales*** qui font que Mme Z., femme intelligente, de situation aisée, épouse d'un bon mari, et mère d'enfants qu'elle a toutes raisons d'aimer, se laisse aller au désespoir, boit et délire.

LE PLAN DU MALAISE RELATIONNEL

1.8. Si l'on se bornait à essayer de fixer, avec toutes les élucidations situationnelles présentes ou passées, le drame de Mme Z. ainsi posé, on n'obtiendrait encore qu'un éclairage lointain de l'arrière-plan dramatique de ses troubles mentaux ; on n'en éclaircirait en quelque sorte que la coulisse ou le décor, sans voir véritablement certains aspects plus spécifiques. Que, pour chacun d'entre nous, la vie s'agence sous la forme de « scènes », que chacun d'entre nous y intervienne comme « acteur », avec un passé et une position actuelle déterminés, qu'il y entre en relations scéniques avec d'autres gens qui sont en position d'acteurs, eux aussi, détenteurs de passés et de positions très individuels, voilà dégagé le plan d'une certaine spécificité. Tel est, en tout cas, dégagé à l'intérieur même du drame quotidien, un plan relationnel qui paraît devoir être examiné pour lui-même. Si l'on veut pénétrer dans l'arrière-plan dramatique de la maladie mentale, il faut d'ailleurs passer par cet examen, non seulement parce que la vie psychologique reçoit sa marque des relations humaines, mais aussi parce que ce plan, l'expérience en fait foi, conditionne très étroitement tout le *passage* au psychopathologique.

1.9. Les troubles mentaux de Mme Z. n'éclatent pas sans médiation dans le contexte d'une histoire et d'une situation données. Ils éclatent aussi dans un certain contexte relationnel dont nous allons essayer d'examiner le poids propre dans l'entretien morbide. Mme Z., nous l'avons dit, a

été rejetée successivement par ses amis, son mari et ses enfants. Même si les apparences, les convenances, les façades sont conservées, elle est foncièrement seule ; c'est là un aspect important de sa situation. Il convient certes d'analyser les éléments de cette situation, de les mettre à plat, mais aussi d'envisager comment ils se sont constitués. Prenons d'abord les choses de son point de vue. Se sentant inutile — et étant inutile en raison de sa situation —, elle se supporte mal. Se supportant mal, elle supporte mal les autres et se rend donc insupportable à eux (c'est tout le sens de ses provocations). Insupportable aux autres, elle se rend encore plus insupportable à ses propres yeux (culpabilité). Prenons maintenant les choses du point de vue des autres. Se rendant insupportable aux autres (à ses yeux plus ou moins responsables de sa situation actuelle, ne serait-ce que parce qu'ils existent), elle leur manifeste un ressentiment. Mais c'est, bien sûr, un ressentiment qu'ils ne comprennent pas, qu'ils ne peuvent pas comprendre, car après tout c'est elle qui a choisi d'être épouse et mère. Ils supportent donc mal ses extravagances et elle renforce, de scandale en scandale, leur intolérance comme leurs manifestations hostiles, qui tendront ainsi à être de plus en plus vives.

On saisit donc là la trame même du malaise relationnel qui est celui de Mme Z. On peut noter aussi qu'il prend, dans cette perspective d'examen, la forme d'un *cercle vicieux* qui débouche sur cet isolement très réel dont on cherchait l'origine. Très schématiquement on peut donc affirmer qu'il y a bien là un plan de pesée propre de l'élément relationnel : mais cette affirmation exige aussitôt une mise au point dans la perspective dramatique. Car, bien entendu, ce malaise relationnel n'est pas indépendant du malaise situationnel mais s'inscrit en son sein. Dans l'arrière-plan dramatique des troubles mentaux ici envisagés, c'est la situation qui détermine en dernière

instance ; mais dès que les relations se trouvent engagées, il y a là une sphère qui joue de façon propre, même si elle est en interférence. A la vérité, le plan des relations intervient comme un *plan médiateur* du « dramatique » au « vécu ». Si Mme Z. par exemple, en arrive à être rejetée par ses enfants, il est évident qu'il y a, d'une part, aggravation de sa situation, mais, d'autre part aussi, une condition négative pour l'état mental, l'hygiène mentale de Mme Z. En fait, si l'on ne prend pas en considération ce plan relationnel dans son jeu propre, on ne pourra pas véritablement appréhender toute l'étendue du malaise intérieur qui est celui de Mme Z. Psychopathologiquement il faut prendre à la lettre ce fait que les gens ne sont pas seuls au monde.

LE PLAN DU MALAISE INTÉRIEUR

1.10. On peut sans doute introduire le plan du malaise intérieur d'entrée de jeu sans avoir à légitimer pour autant son instauration statutaire. Mme Z., avons-nous dit, est très lucide, en ce sens que, par exemple, elle a le sentiment très vif de s'être trompée de voie en abandonnant son métier ; et en ce sens corollaire qu'elle ne voit pas la possibilité d'un renversement de la situation où elle s'est enfermée au long des années. Elle a le sentiment très légitime d'être partout coincée et, non sans un certain cynisme, fait une surenchère qui va jusqu'à l'apologie de sa déchéance et de ses excès. Contradiction flagrante entre cette lucidité et cette surenchère ? Mais c'est aussi une femme intelligente qui, dans le passé, a su faire preuve de courage, d'autorité, de responsabilité. Il va de soi que toute trace de ce passé ne saurait être effacée. Elle ne peut donc passivement accepter sa situation actuelle et, à sa manière, comme elle le peut, elle se débat. C'est enfin une femme de devoir et de morale, même s'il s'ajoute là quelque appoint de convention, et il lui serait donc difficile de rejeter toute la

responsabilité du présent sur l'entourage. On pourrait nuancer longuement ces thèmes du vécu. Il en est là assez pour dire que, sur le plan de la vie intérieure, le malaise de M[me] Z. est caractérisé à la fois par le ***conflit*** et par l'***impasse,*** en insistant en outre sur le fait que ce conflit et cette impasse durent depuis des années, sans que l'ombre d'une perspective un tant soit peu sérieuse de changement s'offre à elle.

A la limite, et en faisant fi des cadres moraux traditionnels d'appréciation, on pourrait même avancer ceci : que lui reste-t-il sinon la déchéance, l'éthylisme et, en fin de compte peut-être, ce changement de registre dans la vie psychologique que représente ce qu'on appelle une maladie mentale ? Pour nous, en tout cas, ce renversement s'impose dans l'appréciation de ce passage qui fait la majeure part de notre problème.

1.11. Mais là encore, on voit bien que ce plan du malaise intérieur ne saurait simplement être étudié pour lui-même. Il doit être scruté en articulation avec tous les rapports dramatiques qui, tout à la fois, le dépassent et le conditionnent. Par exemple, nous avons dit que M[me] Z. se débat. Elle boit de façon provocante et le scandale qui en résulte retentit sur le malaise relationnel. Mais au lendemain de ces extravagances, l'état du malaise intérieur n'est-il pas nécessairement aggravé ? Et n'est-elle pas un peu plus coincée dans le conflit et l'impasse où nous l'avons vue ? Et ceci dure depuis plusieurs années, dans un registre de reproduction peu susceptible d'être éludé.

On peut se demander alors si cela est réellement supportable, si cela ne *doit* pas déboucher sur une rupture. On peut se demander en tout cas, face à la rupture sui generis dont la maladie mentale nous propose le tableau, si l'impasse réelle et prolongée dans une période critique de la vie, si le conflit relationnel et intérieur où s'enfonce de

plus en plus cette vie, n'apparaissent pas comme susceptibles d'apporter sinon une explication du moins un éclairage sur l'origine et l'entretien des troubles mentaux dans le cas de Mme Z. Dans la perspective dramatique, tout le problème finit par se circonscrire autour de la ***continuité*** éventuelle dans le passage au psychopathologique ! Quoi qu'il en soit, même si impasse et conflit ne sont que le tremplin pour la rupture que constitue la maladie mentale, il paraît évident, à la lumière de cette histoire, qu'ils doivent être examinés de très près dans le cadre relationnel, lui-même restitué dans le cadre dramatique plus général.

Qu'est-ce que la démarche compréhensive ?

LES PIÈGES À ÉVITER

1.12. Il est bien évident que la pénétration et la saisie de ces plans, qui, en s'interpénétrant les uns les autres, constituent l'essentiel de l'arrière-fond dramatique de la maladie mentale, ne s'opèrent pas toutes seules, spontanément. Elles exigent en fait une démarche de pensée relativement spécifique, la *démarche compréhensive* C'est par la compréhension que l'on pourra en fin de compte saisir la symptomatologie psychiatrique dans le triple enchâssement dramatique que nous venons d'évoquer. Pour accéder à cette démarche, pour qu'elle devienne une nouvelle habitude de pensée, il faut au préalable désamorcer deux pièges qui, s'ils subsistaient, fermeraient toute possibilité à la naissance et au développement de la compréhension. Il faut les éliminer au départ mais aussi à chaque moment, car ces deux pièges ont tendance à s'ouvrir à nouveau, sans que l'on s'en rende bien compte, chaque fois que l'on se trouve perdu ou

désorienté dans la masse d'éléments que découvre le processus de compréhension.

Les pièges de la moralisation

1.13. Dans la vie courante, quand une dame d'âge canonique, de milieu aisé et de bonne famille se met à fréquenter le bistrot d'en face, jusqu'à rentrer parfois le soir chez elle, ébrieuse dans la démarche et empâtée dans le propos, pour y pianoter toute la gamme des écarts que l'on peut aisément imaginer, c'est pour le voisinage d'abord un scandale, car dans la routine de la vie quotidienne ce genre d'affaire commence par offusquer ; c'est ensuite, et très vite, un fait divers, car dans le morne registre de cette même vie quotidienne, une histoire pareille, « ça change » ; c'est enfin un sujet de prédilection pour le ragot. Mais dans ces conditions, c'est bien évidemment Mme Z. qui fait les frais de l'opération. Le phénomène *scandale, fait divers,* l'apparition du *ragot* ont pour effet de suspendre définitivement à l'égard de Mme Z. le courant normal de la sympathie, de fermer sans appel à son égard toute intention, toute velléité, toute ébauche de compréhension et de la transformer en accusée sur laquelle on moralise : on la juge.

Les pièges de l'attitude clinicoïde

1.14. Dans la pratique psychiatrique traditionnelle que L. Bonnafé appelle clinicoïde, quand Mme Z. délirante et éthylique est admise dans un service, fait-on au regard de la compréhension un véritable progrès ? Non, car dans les « interrogatoires », auxquels elle sera soumise, cette démarche est également bloquée. Mais qu'est-ce donc que cette perversion d'une authentique attitude clinique que l'on nomme *attitude clinicoïde ?*

C'est d'abord une dissection. Dans l'interrogatoire on cherche essentiellement à mettre en valeur les symptômes

de la sémiologie psychiatrique, en restant à la surface de « l’être de chair et de sang » (Simone de Beauvoir), à une sorte d’anatomie superficielle car sans égards pour une histoire et une situation, qui sont pourtant si poignantes. C’est ensuite une manipulation. Dans cet interrogatoire, on se borne à poser des questions, déjà humiliantes parce qu’insolites, déconcertantes, embarrassantes ; et on transforme donc, par leur suggestion, des réponses, qui sont normalement tâtonnantes et hésitantes, en poussière livresque de propos largement induits ; on procède ainsi selon une désinvolture vécue par le malade comme méprisante, ne serait-ce qu’au regard de ce qui est crucial pour lui, à une violation de l’intimité où l’art de l’astuce, l’art du « jeu du chat avec la souris » (L. Bonnafé) remplacent les nécessités de la compréhension. C’est enfin une déformation. Dans ce travail où le psychiatre clinicoïde force l’interlocuteur à se mettre sur un plan caricaturalement inspiré d’un savoir livresque, où les réponses sont nécessairement gauchies à la mesure des questions, on débouche en fin de compte sur une modification de l’interlocuteur par le comportement de celui qui interroge. Le premier s’enferme rapidement dans la coquille proposée par le second ; celui-ci se félicite alors de son talent et devient sa propre dupe.

Par conséquent, dans cette attitude tout comme dans l’autre, on ne cherche pas vraiment à comprendre. On examine certes, mais dans une optique parcellaire et orientée, dans une perspective d’objectivation et non dans une perspective d’objectivité. Et c’est encore Mme Z. qui fait les frais de cette opération. Comme dans l’attitude antérieure, le courant de sympathie est suspendu dans la relation clinicoïde ; on n’y cherche pas mieux à comprendre puisqu’on transforme l’être vivant et souffrant que l’on a devant soi, non plus en accusé certes, mais en objet, en chose que l’on classe.

1.15. Dans un service psychiatrique qui ne se critique pas en permanence dans son activité, les deux attitudes tendent à s'alimenter l'une l'autre et à être complémentaires ; elles vont jusqu'à se conjuguer pour faire tomber un véritable rideau de fer sur les voies de la compréhension. Comment s'en étonner ? Si dans le bureau médical du service on procède à ce travail clinicoïde qui ne restitue pas au malade son humanité, on retrouvera dans la vie quotidienne du même service, purement et simplement transplantés du dehors, les épithètes et attitudes de la moralisation. Ce ne sont pas les catégories, en apparence plus techniques, mais en réalité tout aussi superficielles et déformantes, qui peuvent orienter l'encadrement des malades vers un mode de pensée modifié ! Alors Mme Z., qui était scandaleuse avant d'entrer, le reste aux yeux de la nouvelle collectivité après son entrée. Aussi bien la situation de la malade s'aggrave plutôt, car la collectivité hospitalière est par définition plus fermée, les soupapes de sécurité moins livrées au hasard. Mme Z. deviendra vite, aux yeux du nouvel entourage, une « bêcheuse », et pire. Et bientôt le moment viendra où quand, par exemple, elle insinuera à propos de la vie quotidienne quelque remarque critique légitime, on la remettra à sa place, conformément aux canons d'un statut implicite de malade inférieure, variante hospitalière de celui, extérieur, de malade paria. On est bien loin alors de la compréhension, et bien près de la répression. Quand on en est arrivé là, on peut alors se demander ce qu'est devenue la vocation psychothérapique du service. N'est-elle pas purement et simplement annulée ? Bien plus, les conditions de vie de la malade à l'hôpital sont fort près alors d'être pires qu'à l'extérieur, car elles sont plus disciplinaires et plus coercitives. Il faut donc éviter ces pièges que tend l'activité psychiatrique. Mais il faut aussi savoir qu'il ne suffit pas de le vouloir. Car

ces deux tendances ont une fâcheuse propension à réapparaître. Pourquoi ? parce qu’il est plus facile, plus tentant, plus rassurant de juger que de comprendre ; et parce qu’il est plus facile, plus tentant, plus rassurant de classer que de comprendre.

LA DÉMARCHE COMPRÉHENSIVE PROPREMENT DITE

1.16. Les relations avec autrui de la vie courante permettent le plus souvent de faire l’économie de la compréhension et d’en rester à ce qu’on pourrait appeler une démarche infra-compréhensive, à une démarche où, dans nos rapports avec les autres, nous pouvons nous contenter de ces points de repère instantanés tels qu’ils nous sont donnés dans la signalisation immédiate du monde environnant et dans un fonctionnement qui ne doit pas engager beaucoup plus que le réflexe conditionné. Parfois, pourtant, le drame de la vie courante prend des formes où cette signalisation de base ne suffit plus et où nous nous trouvons contraints de rompre avec cette attitude et mis en demeure de « faire de la psychologie », de « faire un effort de compréhension ».

1.17. Comment les choses se posent-elles alors dans la vie dramatique quotidienne ? Tout simplement, il arrive qu’une histoire comme celle de Mme Z. soit celle de l’un des membres de notre famille ou de notre entourage immédiat. Alors, face à une attitude ou à une conduite qui détonne, voilà que les réseaux de sympathie exigent plus que les réponses réflexes au repérage instantané. Soudain nous sommes contraints de faire cet effort inhabituel à l’esprit, l’effort de compréhension. Parce que nous sommes intéressés directement, intimement, par celui qui est engagé dans la scène où se produit le geste ou la conduite considérés, voilà notre esprit d’une part inhabituellement

obligé à mettre en relief ce qui se passe et à le situer dans telle ou telle portion de l'existence de la personne qui nous intéresse (et l'on retrouve donc ici, dans la vie quotidienne, un effort pour embrasser l'ensemble d'une situation, effort analogue au fond à celui qui a permis à l'hôpital de situer Mme Z. dans un présent fait de tout ce chassé-croisé de malaises que nous avons cru bon de cliver plus méthodiquement) ; le plus souvent, d'autre part, nous sommes obligés à nous extraire du cadre de vie immédiat pour engrener cette portion scénique particulière dans d'autres scènes empruntées à la vie passée de la personne en question (autrement dit, nous retrouvons là aussi la nécessité d'une mise en situation historique que nous avons déjà vue à l'œuvre lorsqu'il s'agissait de rétablir plus au fond le problème de Mme Z. en termes dramatiques).

1.18. Si l'on analyse maintenant de plus près les deux moments de cette démarche de compréhension (qui passent souvent d'ailleurs inaperçus de celui même qui l'opère), on s'aperçoit qu'en fin de compte notre esprit procède par ***coupes,*** mais ***en reliant*** dans le même temps : il établit des rapprochements et des comparaisons, des recoupements et des regroupements de faits, qui permettent d'obtenir (tout au long de la démarche d'ailleurs plus qu'en son terme) une certaine mise en ordre, sinon explicative du moins éclairante, quant à l'attitude ou à la conduite considérée. En un mot, comme dans l'histoire de Mme Z., nous constituons ou reconstituons mentalement à la personne une certaine « épaisseur psychologique » (Pouillon), dans une sorte de découpage en raccourci dans la vie d'autrui un peu à la manière discontinue de la découverte de la vérité dans certains romans. Plus ou moins précise et plus ou moins poussée, plus ou moins cohérente et plus ou moins assurée, cette procédure romanesque s'avère avoir en dernière analyse la même

ossature, voire la même problématique d'authenticité qu'une observation clinique en psychiatrie.

1.19. Ainsi la démarche compréhensive à laquelle parfois nous contraint la vie quotidienne, lorsque intervient tel geste insolite d'un personnage qui ne nous est pas indifférent, est de même nature, quoique plus embryonnaire, que cette démarche de compréhension qui a permis une pénétration plus ou moins profonde dans le triple malaise de Mme Z. La seule différence est que, dans la vie quotidienne, ce type d'effort compréhensif est en règle générale occasionnel et de brève durée. En revanche, dans l'exercice de la pratique psychiatrique, cet effort de compréhension doit tendre à devenir systématique et à ne jamais se considérer comme terminé. Ce qui fait que, dans le métier que nous exerçons, cette démarche mentale doit devenir comme une seconde nature. Dans le travail psychiatrique, les relations humaines réclament une vigilance et une clairvoyance constantes, dont le processus même sera tracé et dont la qualité sera exactement mesurée par cet effort de compréhension incessant et incessamment repris. Tant il est vrai qu'en psychiatrie il n'est pas là de terme, pour autant que s'y trouve figurée comme une sorte de « grossissement », pour reprendre le mot de Le Guillant, de tous les problèmes humains éprouvants susceptibles de demeurer latents, inaperçus, subliminaires, dans la vie quotidienne.

1.20. Pour que cet effort de l'esprit puisse devenir permanent et soit systématiquement repris, il faut y être rompu, ce qui exige, à cet égard, d'apprendre au long de ce qui ne peut être qu'un lent entraînement. C'est un des objectifs fondamentaux des foyers de formation du personnel soignant de nos services que d'essayer de répondre à cette nécessité, selon diverses formules qui

actuellement se cherchent, dans un apprentissage qui s'y tente et peu à peu s'y fait, en direction d'un mode de réflexion nouveau qui procède précisément par rapprochements, recoupements, comparaisons entre les situations de nos malades et leurs histoires, les nôtres ou celles que nous observons autour de nous, celles aussi que nous propose la littérature. On s'achemine là vers un mode de réflexion assez inépuisable dans sa recherche et sa découverte d'aspects nouveaux. Sans doute n'est-ce là qu'un ***point de départ*** de la démarche psychopathologique en milieu psychiatrique. Sans doute existe-t-il des champs plus particularisés de la recherche psychopathologique. A surévaluer toutefois ces derniers et à dévaluer le premier, on ne retrouverait ici qu'un cas particulier de l'étrange dichotomie trop communément admise, psychologie savante et psychologie courante. Car enfin il en va de même en psychologie normale et en psychologie pathologique. Ici et là il y a moins dichotomie que continuité entre les deux branches : la « savante » est essentiellement destinée à répondre aux insuffisances des connaissances de la « courante ». Bien sûr, il ne s'agit pas de méconnaître l'apport de la branche différenciée. Pourtant, même quand, dans son travail au deuxième degré, elle paraît s'évader du terrain de la quotidienneté, elle lui reste quand même articulée. S'il n'y a donc là en définitive que degrés différents sur la voie d'un seul et même mode de connaissance, il ne faut pas les séparer au départ et il faut commencer par le ***commencement*** dont nous avons tenté ici d'esquisser les grandes lignes sous le double couvert de *l'approche dramatique* et de la *démarche compréhensive.*

Bibliographie

[1] G. POLITZER. *Critique des fondements de la psychologie.* Paris, Ed. Rieder, 1928. Réédition, Paris, Ed. P.U.F., 1966 [A l'occasion d'un examen critique de la psychanalyse et de la démarche d'abstraction de la psychologie classique, premier dégagement du concept de drame pour une psychologie du Je.]
[2] G. POLITZER. « Psychologie mythologique et psychologie scientifique » in *La crise de la psychologie contemporaine,* Ed. Sociales, 1947 [Reprise d'un article de 1929. Recherche d'une tradition dramatique en psychologie en opposition à sa tradition animiste.]
[3] G. POLITZER. « Où va la psychologie concrète ? » in *La crise de la psychologie contemporaine,* Ed. Sociales, 1947 [Reprise d'un second article de 1929. Reprise du concept du drame, plus en référence cette fois au savoir du marxisme qu'au Je de 1928.]
[4] L. LE GUILLANT. « Introduction à une psycho-pathologie sociale », in *L'Evolution psychiatrique,* 1954, fasc. 1 [Texte d'ouverture en somme aux travaux de l'auteur en psychiatrie sociale (bonnes à tout faire, standardistes des P. et T., roulants de la S.N.C.F.). Essai de fondement tant dans l'histoire de la pensée psychiatrique que dans les classiques du marxisme.]
[5] L. BONNAFE. « Le personnage du psychiatre ou l'art de la sympathie », in *Vingt-sept opinions sur la psychothérapie.* Coll. « La Raison », Ed. Sociales, 1961 [Second volet d'une réflexion sur le métier. Critique de la méthode d'examen traditionnel. Examen des apports culturels et poétiques à la pratique psychiatrique.]
[6] J. POUILLON. *Temps et roman.* Ed. Gallimard, 1946.

2

Les psychoses thymiques et le problème de la périodicité

Histoire de la position du problème de la périodicité

2.1. Les psychoses thymiques sont des maladies mentales où l'essentiel du tableau clinique paraît constitué par une variation excessive de la *thymie,* c'est-à-dire de l'humeur. Pourtant, si les états de dépression et les états d'excitation, qui en sont les deux manifestations polaires, sont reliés par cette parenté interne aujoud'hui indiscutée, cela n'a pas toujours été ainsi interprété et les psychoses thymiques continuent à poser des problèmes assez inextricables.

En effet, s'il existe, comme nous le verrons, des oppositions à certains égards trait pour trait entre certains aspects cliniques de ces deux extrêmes que sont la ***dépression*** et l'***excitation,*** il existe, en outre, dans la pratique, une infinie variété de répétition dans le temps, de transformation l'une dans l'autre, d'alternance et d'intrication de ces deux formes : ce qui pose donc de façon aiguë, dans ce cadre nosographique, le problème de la ***périodicité.*** En même temps toutefois la position même de ce problème ne va pas sans équivoque, étant donné qu'il existe parallèlement en clinique quantité de manifestations isolées qui rompent avec la règle, communément admise, de cette périodicité. Ceci a contraint l'idéologie psychiatrique à bon nombre d'acrobaties nosologiques, dont un bref rappel historique éclairera la nécessité, tout

en justifiant qu'on ne soit pas encore actuellement, en ces matières, parvenu à une clarté absolue.

2.2. Jusqu'au milieu du XIXe siècle, la parenté des accès de dépression et d'excitation n'est pas clairement perçue. C'est une longue période d'indifférenciation originelle. Sans doute, les Anciens, notamment Aretê de Cappadoce qui relève des descriptions des deux tableaux, pressentent des passages de l'un à l'autre : « La mélancolie est un commencement ou une espèce de demi-manie » dit cet auteur ; de même, au début du XIX^{e}siècle, Pinel puis Esquirol notent des cas de mutation, d'intermittence, voire même de rémittence entre les accès des deux types. Cependant ces auteurs, en dépit de leur perspicacité clinique, n'établissent pas l'unité thymique des deux sortes de manifestations. Pour eux, il semble qu'il s'agisse plutôt de juxtaposition ou d'association.

C'est en plein XIX^{e}siècle que cette unité thymique éclate comme une évidence, une évidence telle qu'elle ne tardera pas, comme nous le verrons, à devenir un dogme et donc un carcan pour la vision et la pensée psychiatrique. Quoi qu'il en soit, deux dates et deux noms sont à retenir. En 1851 Falret décrit « une forme circulaire des maladies mentales » constituée par un cycle régulier fait d'un état d'excitation, d'un intervalle lucide et d'un état de dépression ; en 1854, Baillarger décrit « une folie à double forme », constituée d'un cycle légèrement différent puisque fait d'un état d'excitation suivi, sans intervalle libre, d'un état de dépression.

2.3. Les dés étaient jetés : la psychose périodique était née, avec ses deux cycles fondamentaux et à la façon d'une entité morbide, d'une maladie. Il allait être désormais difficile de détacher les yeux rivés sur la notion de l'inéluctabilité d'un cycle, cadre ou pivot des

manifestations psychotiques thymiques. Sans doute, des auteurs comme Morel (1859) font-ils des réserves sur la légitimité de ce déplacement du regard clinique. Mais, en 1883, Ritti consacre un peu plus cette notion d'une entité clinique, d'une maladie spéciale faite d'une succession de crises de dépression et d'excitation, de mélancolie et de manie où, encore une fois, l'accent est mis sur la succession.

Les choses allaient encore s'accentuer, à la fin du XIX[e] siècle, avec les travaux de Kraepelin (1899). Etudiant minutieusement les transitions et les intrications (états mixtes) entre crises maniaques et crises mélancoliques, il fonde encore plus solidement leur profonde identité thymique. Mais il va beaucoup plus loin dans l'esprit de système puisque sa folie maniaque-dépressive détruit définitivement l'autonomie nosologique des accès d'excitation et de dépression dont les auteurs français tendaient encore prudemment à conserver une certaine notion. Plus encore, il fait de cette psychose une psychose à la fois constitutionnelle, essentiellement héréditaire par conséquent et quasi totalement endogène.

Il y eut certes des résistances en France (Régis), au nom de l'autonomie des états maniaques et des états dépressifs (bien que la périodicité ait été reconnue). Cependant la conception kraepelinienne finit par triompher totalement en France, le terrain y étant déjà préparé sous l'influence de Deny et Camus (1907).

2.4. Quelle est la situation actuelle ? Aujourd'hui, nous restons bloqués dans une sorte d'impasse dont chacun essaie, à sa façon, de s'accommoder.

Certes, d'un côté, il faut bien admettre la notion de périodicité dans sa réalité clinique. La tendance à la répétition est impressionnante dans ce cadre, même si sa proportion par rapport aux cas isolés est appréciée de

façon fort différente dans les statistiques des auteurs. Par exemple, les cas isolés représentent dans des chiffres plus anciens : 74 % des cas pour Régis (1907) mais seulement 12 % des cas pour Lange (1927) ; dans des chiffres plus récents : 61 % des cas pour Lundquist (1943) et 58 % des cas pour Stendstedt (1952) : avec donc, chez les modernes, une tendance certaine vers un écrasement des extrêmes et une appréciation plus moyenne. D'un autre côté, on reconnaît quand même à Kraepelin le mérite d'avoir démontré la réalité et la notion *d'états mixtes,* sans doute d'ailleurs moins rares que ne le veut leur réputation, et composés d'éléments sémiologiques des deux syndromes. Ce qui établit donc assez définitivement leur identité, leur unité sur le plan thymique, chose plus soupçonnée ou affirmée que démontrée avant cet auteur.

Cependant le constitutionnalisme de Kraepelin verrouillé autour du critère de périodicité débouche sur toute une série d'autres difficultés. Si l'on retient, d'une manière ou d'une autre, le critère constitutionnel — et Kretschmer par exemple va jusqu'à retrouver une constitution cyclothymique chez 84,7 % de ses malades — des auteurs comme Litwak ou K. Schneider font remarquer qu'il y a quand même quantité d'autres étiologies de caractère acquis. Sans même aller jusqu'à jouer le jeu dérisoire des dosages savants, « la constitution n'est pas tout » et il apparaît qu'il faut au moins articuler ensemble prédispositions et facteurs de milieu. Si l'on retient sans nuances le critère de périodicité, que va-t-on faire nosologiquement des cas isolés et sans lendemain de dépression réactionnelle ou des cas isolés, tardifs, de mélancolie d'involution ? Si enfin on retient à la lettre le critère de structure psychopathique axé sur la notion d'un retour des troubles, qui ferait donc une entité de l'alternance même des crises psychopathiques, où ranger alors nosologiquement les autres évolutions qui procèdent tout autant par crises mais sans que la périodicité y prenne

la forme mélancolique ou maniaque, par exemple quand elle prend la forme d'épisodes délirants à répétition ?

2.5. En définitive, actuellement tout dépend de la façon de voir les choses. Il n'y a en effet aucune unanimité. Par exemple, ces réserves pourtant judicieuses ne sont pas retenues par les néo-constitutionnalistes d'aujourd'hui. Ils continuent à dire, comme Borel, que la « psychose maniaque-dépressive englobe tous les accès de manie et de mélancolie » et que rien ne justifie de séparer la mélancolie de l'âge sénile c'est-à-dire la *mélancolie d'involution* ; rien en effet, disent-ils, ne distingue cliniquement cet accès, qui n'est évolutivement isolé que parce qu'il est tardif et qu'il n'a pas à ce titre l'occasion de se répéter. Ou bien on choisira une solution éclectique, en niant, comme Ey par exemple, la notion et la réalité de *dépression réactionnelle,* sous prétexte qu'une psychose n'est probablement jamais purement endogène ni jamais purement « réactionnelle ».

On continuera donc souvent, en poursuivant plus ou moins loin et avec plus ou moins de conséquence, à être fidèle à un système, à entretenir le carcan kraepelinien dont il paraît vraiment difficile de se détacher, quitte à faire preuve ici ou là de laxisme. Et pourtant le problème serait peut-être de rompre sans retour et de revenir à une vision moins différenciée, proche du bon sens réticent devant le dogme de certains auteurs français du siècle dernier, en admettant en même temps l'existence d'une périodicité et d'une autonomie, l'existence d'une endogénie et d'une exogénie.

Comment dépressions et excitations se présentent-elles en clinique psychiatrique ?

2.6. Elles se présentent selon des tableaux de profondeur et de gravité variables. Nous séparerons ce chapitre en deux en envisageant successivement : (1) les formes les plus « typiques », c'est-à-dire les plus caractérisées, les plus accentuées, sinon les plus fréquentes ; elles sont représentées par l'*accès mélancolique,* l'*accès maniaque,* les *états mixtes* des descriptions classiques ; (2) les formes les plus fréquentes, sinon les plus typiques ; elles sont représentées pratiquement par les *dépressions simples.*

TABLEAUX CLINIQUES LES PLUS TYPIQUES

Le côté *dépression* se manifeste par l'accès mélancolique, le côté *excitation* par l'accès maniaque.

L'accès mélancolique

2.7. Après un mode de début généralement insidieux, avec aboulie, asthénie, tristesse, bradypsychie, céphalées, anorexie, insomnie, etc., le tableau de l'accès mélancolique constitué à la période d'état peut s'étudier selon quatre plans de clivage caractéristiques.

Sur le plan de la *présentation,* l'attitude est marquée d'entrée par l'immobilité, la prostration, voire l'anéantissement : tête basse, épaules tombantes, tronc affaissé sont de règle ; le faciès porte « le masque de la douleur » avec effacement des reliefs, abaissement des coins de la bouche, mais aussi plissement du front, contraction des muscles des sourcils, fixité des yeux tenus grands ouverts ; les mouvements sont lents, rares, ébauchés, de faible amplitude ; la voix est basse, affaiblie, monotone et les réponses sont brèves, monosyllabiques avec des temps de latence allongés ; le fond habituel est d'ailleurs celui d'un semi-mutisme.

Sur le plan de la *sphère affective,* la ***douleur morale*** centre le psychisme mélancolique dans un contexte de concentration sur la tristesse. Toujours profonde, celle-ci

peut révéler plusieurs faces dans le détail sémiologique : humilité, scrupules, contrition, mais aussi découragement, dégoût, conviction d'amoindrissement ; sensation diffuse aussi intense que vague de malaise mais aussi sentiment d'impuissance, de vide, de néant ; reproches quant au passé immanquablement taxé de faute et appréhension quant à l'avenir envisagé comme irrémédiablement bouché ; anxiété continue, s'exacerbant aussi par périodes, mais paradoxalement mêlée à une désespérante sensation d'anesthésie morale. Cette concentration sur la tristesse peut aller depuis un sentiment flou d'indignité et de honte, de remords et de reproche sans horizon de pardon, juqu'aux idées délirantes caractérisées de culpabilité, d'auto-accusation et de ruine où la péjoration se précise en dépassant parfois le patient.

Sur le plan de la *sphère intellectuelle,* l'***inhibition psychique*** centre l'activité intellectuelle comme la douleur morale centrait l'activité affective. Ici encore l'inhibition psychique peut se spécifier selon plusieurs registres : bradypsychie mais essentiellement par chute de la vigueur et inertie dans la production mentale ; concentré dans la méditation douloureuse, l'esprit mélancolique se mobilise d'autant plus difficilement que les habitudes et les intérêts se sont effondrés ; les perceptions restent exactes mais parcellaires et mal intégrées ; l'attention est conservée mais inégale, défaillante, difficile à susciter ; la mémoire au fond est indemne mais parésiée tant pour la fixation que pour l'évocation ; l'association des idées est appauvrie et stérile. Dans l'ensemble l'exercice des fonctions classiques est oblitéré par une incapacité à l'effort.

Sur le plan de la *sphère d'activité,* l'***inertie*** et l'***aboulie*** dominent, sauf dans un domaine pratiquement toujours présent : *la recherche de la mort.* C'est le même sujet qui passe ses journées cloué au lit ou sur une chaise, indifférent même au minimum de toilette ou d'alimentation (cela peut aller jusqu'au refus d'aliments), qui saura

méditer patiemment une tentative de suicide. Pour le psychiatre, c'est une hantise, d'autant que la recherche de la mort est aussi fréquente dans les raptus anxieux, les queues d'accès, voire même dans les amorces d'améliorations thérapeutiques.

L'accès maniaque

2.8. Nous l'envisagerons également à l'aide du plan traditionnel de découpage et selon une opposition point par point au tableau précédent. Après un début généralement brusque, où le malade manifeste loquacité, turbulence, débordement d'activité, jovialité, excès divers dans l'ordre sexuel, éthylique etc., le tableau de l'accès maniaque, constitué en quelques jours en sa période d'état, peut s'étudier selon les mêmes quatre plans de clivage.

Sur le plan de la *présentation,* l'attitude est marquée d'entrée par la gesticulation, l'incapacité de rester en place, avec de grands gestes, souvent des chants, des danses ; la tenue est négligée, débraillée, souvent indécente ; le malade bouscule tout autour de lui à la faveur d'une hyperactivité inlassable ; le faciès est animé, mobile avec un registre d'expressivité exagéré, instable, variable (« hypermimie ») ; les yeux sont brillants, en mouvement incessant, moqueurs ; la voix est rauque, cassée, éraillée ; elle soutient une logorrhée intarissable, sans suite à force de facilité hyperexpressive, depuis l'éloquence en passant par l'emphase jusqu'au récitatif.

Sur le plan de la *sphère affective,* c'est l'exaltation et, en même temps, l'***instabilité*** de l'humeur qui dominent. Le côté excessif de l'affectivité maniaque se traduit d'abord dans un donné immédiat fait de joie exultante, d'euphorie, d'aisance, d'insouciance, d'optimisme, de familiarité, d'inébranlable confiance en soi ; mais aussi dans les propos de ces malades, qui se déclarent pourvus de toute-

puissance, de toute richesse, de tout savoir ou prêts à quantité de projets des plus fantasques.

Mais surtout ces manifestations en excès s'assortissent de sautes brusques et souvent brèves, sans transition, sans motivation apparente : soit que de soudains accès de tristesse avec lamentations et pleurs attestent de la note instable ; soit que des crises caractérielles avec manifestations d'irritabilité, de colère, d'agressivité, ou encore des crises de causticité non sans malignité et perspicacité dans le persiflage ironique prolongent et rompent tout à la fois l'exaltation de leur surgissement non moins impromptu.

L'exaltation et l'instabilité thymiques, véritable « fuite de l'affectivité », se marquent encore par le débridement instinctuel avec exhibition, gloutonnerie, grossièretés, violences susceptibles de déboucher sur des incidents médico-légaux.

Sur le plan de la *sphère intellectuelle,* la ***fuite des idées,*** qu'on ne peut séparer de la fuite de l'affectivité, est au centre de l'activité intellectuelle. Elle se manifeste dans une parole d'une extrême rapidité *(tachypsychie)* avec, derrière la logorrhée, suractivité des processus intellectuels *(hyperidéation),* mais dans le désordre et l'inconsistance. Le flux est rapide mais bourré de digressions, de remarques incidentes où le fil se perd constamment sous l'abondance des détails, dans une verve apparente qui devient vite verbiage.

Les fonctions classiques y apparaissent profondément perturbées : attention excitée par les détails les plus insignifiants mais incapable de se soutenir et encore moins de se concentrer ; perceptions inexactes par identifications superficielles, précipitées, déformées avec multiplication des illusions ; hypermnésie mais, à la vérité, sur fond de dysmnésie dans l'ordre réellement instrumental ; association des idées spécialement bien dévoilée dans son incoercibilité superficielle et accélérée, avec ses procédés

par assonnance où le mot pour le mot, le son pour le son réussissent parfois un calembour, mais débouchent plus souvent sur le psittacisme, le récitatif, la mélopée. Dans l'ensemble, on peut parler d'une *fuite du langage* sans productivité vraie.

L'activité est dominée, chez le maniaque, par le *désordre des actes,* lui-même orienté par ***l'activité** de jeu.* Le maniaque se dépense sans compter, va et vient dans un incessant mouvement où il déménage tout ce qui l'entoure, en jonglant avec les objets et en changeant perpétuellement d'activité. Mais, derrière ce désordre, pointe le jeu, et cette agitation masque mal que le malade joue en permanence des objets comme des personnes, comme d'ailleurs des mots. Ce comportement ludique peut encore au demeurant se condenser plus ou moins fugacement jusqu'à la représentation scénique, avec moments de déclamation ou de mime, improvisation de dialogues ou de jeu dramatique.

Les états mixtes, particuliers et atypiques

2.9. En dernier lieu, les descriptions classiques mentionnent encore l'existence d'états mixtes, de formes cliniques particulières et d'états de dépression et d'excitation atypiques. Les ***états mixtes*** sont de véritables composés, plus rares, il est vrai, des deux polarisations extrêmes. Classiquement (Kraepelin), ils comportent — selon une progression un peu schématique qui va de la mélancolie à la manie — une série de descriptions, dont nous ne rapporterons ici, parce que suffisamment évocateurs, que les noms : *dépression avec fuite des idées, mélancolie agitée, stupeur avec éléments maniaques, manie improductive, manie dépressive, manie akinétique.* Il va de soi qu'ils se présentent dans la pratique selon des combinaisons qui peuvent encore sensiblement varier.

Les ***formes cliniques particulières*** ne nécessitent guère plus d'explicitation. Bornons-nous à citer, du côté de la mélancolie, la dépression mélancolique, la stupeur mélancolique, la mélancolie délirante, la mélancolie anxieuse, la neurasthénie mélancolique, la mélancolie confuse, la mélancolie chronique ; du côté de la manie, l'hypomanie, la manie délirante, la manie confuse, la manie furieuse, la manie chronique. Ces modalités soulignent à peu près toutes, on le voit, tel accent symptomatique ou syndromique dans le tableau clinique.

Enfin l'existence d'***états de dépression et d'excitation atypiques*** est de plus en plus fréquemment notée. La raison en est que, en dépit de la multiplicité des descriptions classiques, qui, soulignons-le, ont toutes leur réalité, la base de référence reste insuffisante dans un champ aussi fluctuant que celui des désordres thymiques.

TABLEAUX CLINIQUES LES PLUS FRÉQUENTS

2.10. Ils comprennent la gamme particulièrement étendue des manifestations de la ***dépression simple,*** et qui pose, comme nous le verrons, plus de questions sur le drame vécu par le malade que des questions d'intérêt nosologique.

Disons d'abord qu'entre les formes atténuées de l'accès mélancolique des descriptions classiques et les états dépressifs de la pratique courante, toutes les transitions sont possibles. Et on verrait mal pourquoi il en serait autrement, à partir du moment où l'on cesse d'être emprisonné par le dogme d'une entité morbide cyclique.

Il faut ensuite observer que ce qui différencie sémiologiquement dans l'ensemble les formes simples de la pratique courante des formes mélancoliques classiques de dépression, c'est en premier lieu l'absence de douleur morale sidérante (sa place est tenue par une simple tristesse continue) ; en second lieu, l'absence de thèmes

délirants de culpabilité et d’auto-accusation (un sentiment plus diffus d’auto-dépréciation prend ici sa place, en relation compréhensible avec le fait que le sujet n’est plus et ne se sent plus dans sa forme habituelle) ; en dernier lieu, l’absence de recherche de la mort vraie : elle est évoquée ici tout au plus sous la forme plus velléitairement souhaitée d’un repos définitif, et assez peu véritablement recherchée dans d’éventuelles tentatives de suicide (le sujet cherche plutôt, par exemple, à dormir qu’à mourir en prenant une dose un peu forte de narcotiques).

Il est entendu, comme le laisse présumer la première remarque, que ces distinctions n’ont qu’une valeur globale et laissent la place libre aux cas d’espèce.

Le tableau habituel, que l’on pourrait dire « moyen », est le suivant.

2.11. La *tristesse,* au premier plan, est permanente mais vague. Elle se nuance en ennui dans l’exercice quotidien de la vie, en absence de goût, inappétence voire dégoût pour tout ce qui s’y produit, découragement face à tout ce qu’il y a à faire et, par conséquent, rumination sur ces impossibilités et sur l’éventualité d’une fin. Le registre de la rumination triste est celui du pessimisme, de l’accablement, de l’inquiétude, avec manifestation de regrets, de reproches. Cette tristesse torpide est encore marquée de crises de larmes et de rebonds d’anxiété ou, plus exactement, de subanxiété. En un mot, l’ensemble de la vie et du monde où elle est vécue se trouve plus « décoloré » que triste à proprement parler, affligeant, parce que toutes choses sont devenues égales, sans couleur.

2.12. L’*inhibition* est un syndrome tout aussi important, d’ailleurs étroitement intriqué dans des relations réciproques à la tristesse et au sentiment de la décoloration de tout. Tout se joue comme sous le poids

d’une torpeur impossible à lever. L’inhibition marque donc toute la vie mentale et relationnelle en prenant diverses formes. Ainsi il peut s’agir d’une inhibition intellectuelle, encore que légère mais d’autant plus insupportable, avec difficulté à l’effort d’attention soutenue (lecture par exemple), sentiment de parésie dans l’association ou la concentration des idées, dans l’évocation mnésique, etc. Il peut s’agir d’une inhibition affective, avec impression spécialement pénible d’indifférence, de chute d’intérêt, souvent culpabilisante lorsque, par exemple, elle porte sur les proches : se mêlant alors avec la tristesse, elle l’entretient et la renforce dans des nœuds inextricables. Il peut enfin s’agir d’une inhibition psychomotrice, peut-être encore plus sensible sur le plan dramatique, avec sentiment décourageant que le travail, voire des activités plus microscopiques, sont devenus difficiles, pénibles, voire impossibles.

2.13. La *fatigue*, la *fatigabilité* sont plus ou moins occultement ou visiblement mêlées à tout cela ; or torpeur et inhibition renvoient à fatigue ou fatigabilité, et réciproquement. Sans doute est-on ici au-delà de la fatigue banale, toujours plus ou moins psychologique, et du surmenage, plus immédiatement motivé. On parlera plutôt d’***asthénie*** avec ces difficultés générales de mise en train et de tension soutenue, avec cette impuissance globale à l’activité par inappétence comme par impuissance.

2.14. Une série, plus ou moins marquée, plus ou moins étendue, de ***troubles psychosomatiques*** ne fait jamais défaut. Au premier plan l’insomnie selon des modalités diverses touchant l’endormissement, le réveil, la qualité du sommeil, des cauchemars, etc. Mais aussi un appétit nul, une digestion difficile, des maux de tête sont parmi les plus fréquents de ces troubles qu’aucune liste ne saurait épuiser. Chose importante, ces malades *ont conscience* de

leur état ; ils implorent l'aide et le secours du médecin ; mais ils lui rendent la tâche difficile en majorant à mesure toutes les difficultés, en refusant repos ou alitement, en supportant mal les traitements, les règles qu'on leur propose, en sabotant la petite discipline qu'on leur impose.

2.15. Il est classique, et en outre conforme à la réalité, de distinguer deux grandes variantes cliniques autour de ce pôle commun et selon des appellations qui ne permettent aucunement de préjuger du fond de personnalité éventuellement engagé.

La première est la ***variante neurasthénique,*** qui possède le même fond dépressif général exposé ci-dessus, mais avec une certaine prévalence dans la tonalité clinique des éléments d'asthénie et des troubles fonctionnels dits psychosomatiques. Sans pouvoir ici développer le problème très spécial et séparé des états neurasthéniques liés au surmenage, notons que, si toute dépression implique dans une certaine mesure asthénie et troubles psychosomatiques, ceux-ci peuvent dans certains cas représenter la part majeure du tableau clinique dans ce qui devient alors une sorte de frange aux limites de la dépression et de la neurasthénie.

La seconde est la ***variante psychasthénique,*** qui possède également le fond dépressif général déjà analysé, mais avec une certaine prévalence, dans la tonalité clinique, des éléments phobiques et obsédants, des doutes et des scrupules, des crises d'anxiété. Sans pouvoir développer ici le problème, lui aussi tout autre et séparé, de la psychasthénie, notons de la même façon que, si toute dépression implique des registres d'obsession, d'anxiété, de doùte, ceux-ci peuvent, dans certains cas, passer au premier plan du tableau clinique dans ce qui apparaît alors comme une zone mouvante aux frontières des états dépressifs et des états psychasthéniques.

Enregistrons donc, sans pouvoir y insister, que ces formes de dépression, qui se révèlent être véritablement à la lisière de ce qu'il est convenu de distinguer comme états névrotiques et qui sont susceptibles d'ailleurs de se développer parfois sur fond de surmenage, voire de personnalité légèrement phobique ou obsédée, posent le problème du caractère psychotique de ces formes de « psychoses thymiques » que sont les dépressions non mélancoliques. Telles sont les difficultés nosologiques supplémentaires que pose ce cadre clinique.

Sur le critère évolutif général dans les psychoses thymiques

LA PÉRIODICITÉ

2.16. A l'intérieur du dogme de la périodicité on a décrit quantité de formes évolutives : pour commencer, paradoxalement, les *accès isolés de manie* et les *accès isolés de mélancolie.* Ensuite, la *manie intermittente,* la *mélancolie intermittente* (succession plus ou moins régulière d'un même type avec intervalles libres), la *manie rémittente,* la *mélancolie rémittente* (succession d'accès d'un même type mais sans intervalle libre) ; la *double forme intermittente* (la double forme étant faite de deux accès de sens contraire se succédant sans transition et étant susceptible de se reproduire telle quelle après intervalle libre) ; la *double forme circulaire* (avec double forme identique mais de reproduction continue sans intervalle libre entre les couples d'accès de sens contraire) ; la *forme périodique alterne* (avec alternance régulière de crises de sens contraire mais séparées par intervalle libre) ; enfin, les *formes périodiques atypiques* (les accès se succèdent cette fois irrégulièrement et les

intervalles libres entre les accès marquent la même irrégularité).

On pourrait multiplier ces descriptions à l'infini. Notons qu'elles ont toutes une réalité clinique. Mais quel intérêt y aurait-il à développer cette « géométrie », cette « casuistique » (Ey), si le charme de la périodicité vue dans un esprit schématique peut être levé et si la pensée descriptive peut se trouver décaptivée ! Et, d'autant d'abord que, pour une pensée ainsi décaptivée, la réalité la plus fréquente est celle des formes de périodicité atypique, sans aucun rythme, et de formes où les seuls accès susceptibles de reproduction, mais là encore sans le moindre rythme, sont de type dépressif : sans parler de ces formes où les accès sont isolés ! Et d'autant encore que les rythmes apparaissent aujourd'hui, au moins pour certains auteurs, complètement brisés par l'intervention thérapeutique et les mesures d'environnement qui les accompagnent.

On peut se demander d'ailleurs si cette pratique sociale nouvelle n'est pas largement à l'origine d'une pensée descriptive nouvelle pour laquelle les cadres de la conception traditionnelle sont sans valeur.

LA SITUATION ACTUELLE

2.17. En dehors du dogme de la périodicité comment les choses se présentent-elles aujourd'hui ?

D'abord, depuis l'avènement de la thérapeutique, on admet, au moins en général, que la durée de l'accès se trouve réduite par la thérapeutique, que celle-ci soit représentée par la sismothérapie, qui se montre très efficace dans ces cas depuis vingt à trente ans, ou par les cures thymoleptiques introduites dans l'arsenal depuis quelques années. Spontanément en effet, avant l'ère thérapeutique, la durée moyenne de l'accès se chiffrait autour de 6 à 8 mois (Kraepelin), 6 mois (Ziehen), 7 mois

(Swift), 4 mois (Paskind). Depuis l'ère thérapeutique, les choses ont changé puisque Ey et Burguet (1951) enregistrent une chute de la durée moyenne d'hospitalisation, de 206 jours dans 50 cas non traités à 91 jours dans 60 cas traités par sismothérapie.

2.18. Il faut toutefois observer que les préjugés idéologiques restent puissants, que d'autres statistiques, tout aussi modernes que celles qui ont été citées, sont beaucoup moins optimistes quant à l'appréciation de l'efficacité du traitement. Ensuite on estime souvent qu'il est une action de la thérapeutique sur la durée et la qualité de ce qu'on appelait naguère l'intervalle libre dans les évolutions où il y a répétition. Mais cette action reste difficile à apprécier dans sa généralité. Tout a été dit à peu près là-dessus. Pour les uns, la thérapeutique raccourcit l'accès mais accélère la rechute ; pour les autres, la thérapeutique modifie le cycle, soit en allongeant la durée des intervalles libres, soit encore en altérant leur qualité. Autrement dit, les avis sont spécialement partagés et contradictoires. Et il est difficile de se faire une opinion précise à ce sujet. Sans doute toutes ces éventualités opposées se retrouvent-elles dans la pratique, mais sans que l'on puisse généraliser à partir de telle ou telle observation caractérisée.

Il faudrait, pour une opinion fondée, pouvoir comparer ce qu'il en est des intervalles libres avant et après la période thérapeutique pour de mêmes malades, puisque, aussi bien, on sait maintenant que leur « périodicité » n'épousait pratiquement jamais, même à la belle époque du dogme, telle ou telle forme de la « géométrie » envisagée selon la fatalité mécanique analysée plus haut. Or cette possibilité, les temps ayant passé, n'existe pratiquement jamais.

Il n'est pas plus possible de comparer valablement des cycles sans traitement de la période pré-thérapeutique et des cycles avec traitement de la période thérapeutique. Car

il faudrait pouvoir pondérer alors, chose assez impensable, la révolution qui est en train de s'opérer dans les esprits concernant la notion même de cycle : pour autant qu'elle implique concrètement, et on serait tenté de dire à elle seule, des possibilités de changement de climat général pour les malades et donc de changement pour l'évolution de leurs troubles.

2.19. Enfin, — et probablement surtout, — on commence à admettre deux choses.

La première est que, même dans le cas où, chez une même personne, un accès se reproduit après un délai plus ou moins long, on n'est pas pour autant contraint d'en revenir à la croyance en une périodicité endogène et biologique. Même si parfois la propension à la reproduction est frappante et troublante, il n'en va quand même pas toujours ainsi. Par exemple quand une « rémission » dure 15 ou 25 ans, ou même 44 ans (cas de Hubner), 47 ans (cas de Walker), peut-on encore retenir sérieusement la notion même de rémission ? Ne faut-il pas plutôt reprendre complètement la nature du lien des deux épisodes ? Quand on commence d'ailleurs à admettre l'existence d'un *poids* des « conditions de vie » sur le cours des troubles mentaux, d'un poids de l'événement, autre que contingent, dans leur déclenchement et leur entretien, reste-t-il tellement de quoi s'étonner qu'un sujet emprunte les voies de la *répétition* ? Est-il besoin de recourir à l'assujettissement à on ne sait quelle périodicité pour comprendre que si, à conditions de vie pathogènes, il y a eu réponse par réaction dépressive quinze ans plut tôt, il y ait répétition, chez le même sujet, quinze ans plus tard, de cette même réaction dépressive dans d'autres conditions de vie pathogènes ? Dans ce qui apparaît alors beaucoup plus comme pli pris, voire stéréotypie ou tic de la conduite que comme rythmicité endogène. Mais sans doute faut-il introduire ici, en place d'un biologisme de la périodicité, le problème plus

psychopathologique d’une certaine dialectique entre terrain et milieu, entre bagage et modification, entre prédisposition ou dispositions et conditions de vie. Problème difficile et tâtonnant où se dessine pourtant rien moins qu’un nouvel éclairage causal du trouble mental. Quoi qu’il en soit, c’est à cette seule intersection que paraît devoir actuellement se poser la question de l’élucidation de la répétition : selon des formules probablement différentes dans chaque cas.

Le deuxième élément nouveau est que, même dans le cas où il y a itération des accès selon une rythmicité plus ou moins établie avec certitude, avec intervalles libres donc de qualité parfaite psychiatriquement parlant, on commence à considérer l’arrière-plan de cet état intercalaire et on constate qu’il y reste une vie, un drame, des relations souvent profondément altérés sous la plus parfaite intégrité psychiatrique apparente. Autrement dit, le malade commence à faire problème surtout entre les accès.

Mais il s’agit là d’un terrain qui commence seulement à être abordé. Cette révision s’inscrit sans doute au creux même du progrès thérapeutique ; c’est comme si les yeux se dessillaient sur ce « fond » permanent et problématique de nos malades, à proportion même des résultats acquis par les thérapeutiques sur certains aspects naguère spectaculaires dans les maladies mentales, mais peut-être pas les plus importants.

Bibliographie

[1] M. DIDE et P. GUIRAUD. *Psychiatrie du médecin praticien,* 2e édition, Ed. Masson, Paris 1929. Cf. le chapitre : « Psychose maniaque dépressive. »

[2] H. EY. *Etudes psychiatriques,* t. III, Ed. Desclée de Brouwer, Paris 1954. Cf. les études Nos 21 (« Manie »), 22

(« Mélancolie »), 25 (« Les psychoses périodiques maniaco-dépressives »). [Chaque étude comporte un inventaire historique et clinique très détaillé ainsi qu'un bilan pour le dossier actuel de la question envisagée et la conception de l'auteur en référence à l'organo-dynamisme.]

[3] H. EY, P. BERNARD, Ch. BRISSET. *Manuel de psychiatrie,* Ed. Masson Paris 1960. Cf. les chapitres : « crises de manie », « crises de mélancolie », « psychoses périodiques ». [Dans chaque chapitre, partie clinique spécialement étudiée. Appareil doctrinal et références historiques délibérément plus sommaires.]

[4] H. LEULIER. « Manie », in *Encyclopédie médico-chirurgicale,* volumes : Psychiatrie, Paris 1955, T.I.

[5] R. DIGO. « Mélancolie », in *Encyclopédie médico-chirurgicale,* volumes : Psychiatrie, Paris 1955, T.I.

[6] H. DUCHÈNE et J. AZOULAY. « Psychose périodique maniacodépressive », in *Encyclopédie médicochirurgicale,* volumes : *Psychiatrie,* Paris 1960, T.I.

[7] LÉVY-VALENSI. *Précis de psychiatrie,* 3e édition ; Ed. Baillière, Paris 1948. Cf. chapitre « Psychose périodique ».

3

Les épisodes délirants et le problème de l'événement

3.1. Nous abordons cette fois un domaine « de faits disparates » (Porrot), tout au moins classiquement ; ils sont en effet à la lisière, en empiétement, à l'intersection d'autres états : les états thymiques déjà envisagés, les psychoses confuso-oniriques, les évolutions délirantes de décours plus prolongé. On retrouvera donc, dans le tableau clinique de ces épisodes, outre le délire, des désordres thymiques, un fond oniroïde qui empiète sur l'onirisme, une évolution parfois plus prolongée que celle d'un « épisode ». Il n'y a pas lieu de s'en étonner. D'une part, de façon générale, on ne voit pas pourquoi les limites nosologiques entre les cadres cliniques seraient tracées au cordeau dans la réalité clinique comme elles le sont dans certains ouvrages. D'autre part, la réalité de ces états apparaît incontestable, quelles que soient les difficultés posées sur le plan nosologique.

Un peu d'histoire : l'histoire difficile et longtemps incertaine d'un cadre clinique

3.2. Ces « bouffées », « crises », « épisodes », « éclats », « flambées », cliniquement définis par un démarrage brutal, un acmé instantané et une résolution rapide, sont restés longtemps les parents pauvres de la nosographie classique : en fait, jusqu'à la fin du XIXe siècle. Parce que

celle-ci était soucieuse de décrire des maladies mentales à protocoles évolutifs *chroniques* (la périodicité n'étant, au fond, qu'une forme de chronicité), ces brèves effervescences étaient très dérangeantes pour la perspective d'ensemble. En matière de crises, la nosographie classique n'admet vraiment que ce qui peut être aisément rangé, soit dans la psychose maniaque-dépressive, soit dans la psychose confuso-onirique, soit dans l'épilepsie, par exemple. Ces épisodes sont donc à cette époque, et restent d'ailleurs souvent beaucoup plus tard, déconsidérés, contestés dans leur autonomie et versés, même par des auteurs relativement récents, dans des cadres hétérogènes : schizophrénie « aiguë » (Bleuler), crises maniaco-dépressives « atypiques » (Bumke), psychoses confuso-oniriques (Régis).

3.3. II faut attendre la fin du XIXe siècle et le travail de l'*école de l'admission de Sainte-Anne* pour les voir enfin exhumées sérieusement ; c'est l'œuvre de Magnan (1886) et de son élève Legrain (1886), encore qu'elles ne le soient que sous la forme de descriptions éparses, sans exposé systématique et exhaustif. On a affaire ici essentiellement moins à une affirmation nosographique assurée qu'à une tradition orale, nosographiquement prudente dans l'esprit de ses initiateurs, même si elle apparaît en fait vigoureuse dans son implantation et dans sa filiation.

Quoi qu'il en soit, l'école de l'admission décrit alors des « bouffées délirantes polymorphes » ou « délires d'emblée », caractérisés : (1°) par une brusquerie surprenante d'apparition (quelques heures ou quelques jours) et sans préparation ; (2°) par le polymorphisme de la « crise de délire » (Ey) : tous les thèmes délirants sont susceptibles d'y être retrouvés, soit en enchevêtrement, soit en succession (mission divine, délire ambitieux, espionnage, etc.) dans un complexe où peuvent être

« intégrés », avec des variantes admises depuis, des troubles hallucinatoires, imaginatifs, interprétatifs, excitatoires, dépressifs, etc. ; (3°) par leur résolution en quelques jours : « sans conséquence, sinon sans lendemain » (Magnan).

Telle est la brèche par laquelle la réalité de l'épisode psychopathique délirant se trouve officiellement reconnue, acceptée en clinique psychiatrique, au travers d'un travail qui représente donc une date fort importante dans l'histoire des idées en psychiatrie.

Seulement la conception dans laquelle le travail de l'école de l'admission s'inscrit porte toutes les étroitesses de l'époque. Et c'est de ce contexte qu'il faudrait au fond « sortir » les dites crises de délire. En effet, pour Magnan et ses successeurs, ces épisodes n'atteignent pas n'importe qui ; ils ne frappent que la variété d'individus dits « dégénérés », êtres héréditairement tarés, marqués de quantités de « stigmates » et par conséquent « prédisposés », puisque, de ce fait, selon les termes de Magnan, ils « n'attendent qu'un prétexte pour délirer ». Dans cette manière de voir, il va alors de soi que le rôle de *l'événement,* du surmenage et de l'émotion, par exemple, comme on dit à l'époque, ne peut être reconnu comme *déterminant,* mais seulement à la façon d'une cause occasionnelle dans le déclenchement de la crise de délire et, pathogéniquement parlant, comme bien peu en face de la faiblesse congénitale, de la déséquilibration mises ainsi au premier plan. Tout cela fait que la bouffée des dégénérés de Magnan et Legrain reste assez fondamentalement un type évolutif endogène encore marqué par la conception classique et dont le sceau particulier d'intermittence et de régressivité ne s'oppose que relativement aux délires chroniques d'évolution systématique.

3.4. Quoi qu'il en soit, la bouffée délirante polymorphe marque une autre limitation, tenant au caractère étriqué de la conception de l'objectivité dans la description clinique elle-même. Les épisodes psychopathiques délirants ne sont pas épuisés par les bouffées délirantes polymorphes, tant s'en faut. Et il allait revenir alors à la psychiatrie allemande d'étendre plus largement le cadre clinique valablement ouvert par l'école française. Ce fut d'abord la description des *expériences délirantes primaires* par Jaspers (1913). Cet auteur insistait, non plus sur la multiplicité thématique objective de ces états, mais, et donc dans une toute autre perspective, sur l'expérience vécue *(Erlebnis)* que ces états représentent pour la conscience, pour la subjectivité. Ce vécu est irréductible aux expériences psychiques normales ; il est pris dans un bouleversement de la relation du sujet au monde, dans le sentiment que le monde est marqué tout entier par le sceau d'une signification dramatique, redoutable, mystérieuse ou merveilleuse (selon les cas) pour le sujet.

Parurent ensuite les descriptions de la conscience crépusculaire, de la conscience oniroïde, par Mayer-Gross (1922). Cet auteur pénètre plus avant encore dans le vécu délirant et met à jour, sous la fallacieuse richesse de ce vécu, une « crépuscularisation » (Mayer-Gross), un « rétrécissement » (Ey), une « dégradation » (Follin) de la conscience : celle-ci est soumise notamment aux lois de symbolisation, de scénisation, d'adhésion et de télescopage entre les réalités objectives et le vécu subjectif, lois qui sont celles mêmes de l'organisation du rêve, avec tout ce que cela peut comporter, déplacés en période de veille, d'angoisse et de sentiment d'étrangeté significative.

3.5. Certes on risquait peut-être, dans cette direction, de se perdre dans une subjectivité insondable, tout au moins dans la mesure où les schémas apparaissent face à elle dérisoires. Pourtant il est vrai, en gros, que la conscience

de l’épisode délirant coïncide avec la conscience de l’expérience délirante primaire ou la conscience crépusculaire des descriptions de Jaspers et Mayer-Gross. D’ailleurs ces auteurs étaient partis, dans maints cas, d’observations appartenant à ce cadre clinique. En outre, la méthode d’approche utilisée par eux allait permettre de récupérer pour la clinique des épisodes psychopathiques toute une série d’états bizarres, marginaux, liminaires au regard du critère classique de délire ; en fait, ils récupéraient toute une dimension psychiatrique authentique, plus ou moins bien visible sur le plan quotidien et laissée pour compte dans le cadre français étriqué. De ce fait, la perspective nouvelle permettait que la réalité des « épisodes psychopathiques » soit enfin en état d’être saisie au grand jour et dans une étendue beaucoup plus grande.

De plus, la mise en relief du vécu délirant débouchait sur une libération à l’égard des carcans nosologistes : d’abord elle jetait un pont (Jaspers), en établissant une continuité, du point de vue de la subjectivité, entre l’épisode aigu, isolé, et ce qu’on nomme depuis le « moment fécond » de telle évolution délirante chronique ; ensuite elle dévoilait le nœud d’une fréquente confusion entre le plan du groupement symptomatique, qui n’apparaît, comme le dit Mayer-Gross, qu’« en coupe » devant l’observateur d’un délire et le plan du diagnostic, voire de l’étiologie, auquel on ne saurait passer immédiatement, comme on est tenté de le faire communément. Enfin, d’une façon plus générale, elle déplaçait le centre d’intérêt en psychiatrie de dogmes, tels que ceux du constitutionnalisme ou de l’hérédité, du déséquilibre ou de la prédisposition, vers une perspective phénoménologique, dont les conséquences allaient permettre bien davantage qu’une simple mise à l’écart des canons traditionnels.

LES MANIFESTATIONS CLINIQUES LES MOINS FRÉQUENTES

3.6. On trouve à un premier pôle, ***certains délires toxiques.***

Si, dans la plupart des cas, le tableau réalisé, dans l'ordre de l'étiologie de l'intoxication, est celui de la psychose confusionnelle et onirique qui, tel le delirium tremens par exemple, n'entre pas dans le cadre de cet exposé, il arrive pourtant parfois que la présentation clinique de ces états soit plus « oniroïde-hallucinatoire que confuso-onirique » (Ey). On ne saurait trop s'en étonner puisque, entre l'onirisme franc sur fond de confusion et l'onirisme dégradé sans vraie confusion, tel que le décrit Mayer-Gross, toutes les formes de passage doivent bien se retrouver dans la réalité.

On retrouvera effectivement, dans cet ordre de causalité exogène, des poussées délirantes, des expériences délirantes telles que nous en avons esquissé les traits : altérations de la conscience plus discrètes que dans la confusion, scènes plus ou moins hallucinatoires et dramatisées de persécution, poursuite, etc... avec un vécu d'intense adhésion dans un champ de conscience plus ou moins hypnagogique et plus ou moins appauvri. Des observations de ce genre seront donc retenues dans certaines intoxications et toxicomanies : dans certaines ivresses délirantes (l'alcoolisme étant, en Occident, la plus répandue des toxicomanies), dans certaines toxicomanies au hachisch, à l'opium, à la cocaïne, au peyotl, etc... dans certaines auto-intoxications par urémie, par insuffisance hépatique et au décours de certaines maladies infectieuses.

Nous reviendrons sur cette question car, à ce niveau apparemment immédiat d'une causalité exogène évidente, des problèmes se posent : est-ce que l'agent toxique suffit

par lui-même à déclencher de telles réactions ? Ou n’agirait-il pas plutôt, même dans ces cas, comme la goutte d’eau du vase qui, selon Magnan, ne demande qu’à déborder ? Cette perspective pose alors la question corollaire : est-ce que le terrain suffit à expliquer entièrement ce développement ? Ou ne faudrait-il pas, plus valablement, poser aussi à propos de ce type de causalité la question d’une dialectique particulière entre terrain et événement pathogène ?

3.7. On trouve à l’autre pôle certaines ***réactions névrotiques aiguës.***

Si, dans la plupart des cas de psychonévroses appartenant à la série émotionnelle (telles qu’on les voit notamment réalisées en psychiatrie de guerre), le tableau clinique constitué à la suite du choc émotionnel est également celui de la psychose confusionnelle et onirique avec une note particulière (anxieuse voire stuporeuse), il arrive pourtant que la présentation clinique de ces états soit aussi celle d’un état crépusculaire de la conscience, sans confusion franche, mais avec angoisse prenant une forme plus oniroïde qu’onirique, plus ou moins délirante et hallucinatoire (encore que parfois jusqu’au paranoïde) et avec vécu d’adhésion dramatique évoquant la mythoplastie hystérique.

On retrouve des faits de ce genre, ressortissant nettement d’une exogénie spécifiée, dans le cadre des névroses traumatiques et des névroses de guerre (« hypnose des batailles », de Milian, « onirisme de guerre » de Charpentier), ainsi qu’après certaines interventions chirurgicales.

Voici brièvement deux observations significatives relevant de cette dernière étiologie.

3.8. La première observation se situe au niveau le plus immédiat.

M.R.L., 37 ans, sans antécédents psychiatriques, est hospitalisé le 4 avril 1961 dans un service de chirurgie pour cholécystite lithiasique. Comme il a présenté plusieurs crises vésiculaires fébriles avec subictère, et comme l'examen radiologique note la présence de gros calculs, l'intervention est décidée ; une cholécystectomie a lieu le 7 avril. Les suites opératoires sont normales pendant trois jours. Mais, au quatrième jour (le 11 avril), les propos du sujet commencent à être anormaux. Ils se caractérisent d'abord par un thème de négation de l'intervention : « Vous ne m'avez pas opéré... Il n'y avait pas de calculs... Vous avez ramassé des caillous ». Puis la bouffée anxio-oniroïde éclate : « Je n'ai plus de cerveau... Tout est commandé et on peut faire de moi ce qu'on veut... Je suis prisonnier de guerre... Dites-moi sous quel régime je suis ».

Il est hospitalisé dans notre service trois jours plus tard en pleine psychose aiguë dont témoignent ses propos. Ceux-ci ont plusieurs thèmes, par exemple : « Les infirmières de l'hôpital m'en veulent... Ce ne sont pas de vraies infirmières. Elles sont maquillées... Elles me font des piqûres qui me font rêver... » (Et nous notons à l'entrée : sentiment de transformation, d'étrangeté et d'hostilité de l'ambiance). Autre thème : « Ça siffle dans mes deux oreilles... Il me semble que je reconnais des voix... On mettait des mauvaises odeurs dans ma chambre... Elles (les infirmières) me commandaient à distance avec un miroir électronique... Mon cerveau est devenu une sorte de machine électronique, j'entends un tac, tac, tac, de machine à écrire dans les oreilles... C'est comme une machine à lire les pensées ». (Et nous notons : sentiment d'emprise à distance et devinement de la pensée). Dernier thème : « Je n'ai pas la même vue qu'avant l'opération, comme si les gens avaient changé, comme si l'on n'était pas sous le même régime à moins qu'on soit à la veille d'une guerre atomique... Les gens autour de moi « interversent » et je ne sais plus où est le pour et le

contre ». (Et nous notons : sentiment de transformation oniroïde de la réalité).

Quinze jours après, tout est à peu près terminé et le malade sort au bout d'un mois le 18 mai 1961.

3.9. La deuxième observation se situe à un niveau plus médiatisé.

M.A.L., 65 ans, sans antécédents psychiatriques, présentait depuis quelques temps une cataracte bilatérale qui gênait de plus en plus sa vision. En avril 1964, on procède à une intervention sur l'œil droit ; on est obligé de réintervenir en septembre de la même année. Le résultat reste très relatif et le malade se montre inquiet de l'insuffisance de la récupération, et de la gêne qui en résulte. La perspective d'une intervention sur l'œil gauche le préoccupe et le contrarie d'autant. Tout va cependant à peu près jusqu'au 2 novembre, jour où la décision est prise d'intervenir.

L'épisode délirant éclate alors, comme il le dira plus tard, quand il sera guéri : « Je n'y voyais pas plus avec l'œil droit opéré qu'avec l'œil gauche... J'ai pensé que je perdrai définitivement la vue ». Quoi qu'il en soit, voilà l'épisode délirant constitué, en quelques jours, dans le milieu familial : « Vous voulez me mettre en hospice... Vous faites des combines... Vous voulez me tuer avec un fusil... Vous voulez m'empoisonner ». En fin de compte, pris de panique, le 11 novembre 1964, il se taillade le poignet et le cou avec un rasoir et est hospitalisé dans notre service le même jour. A l'entrée, il explique bien son geste qui révèle l'ampleur du délire : il entendait chuchoter dans sa chambre et autour de son lit, il y avait des bruits dans la rue comme si les gens allaient venir le tuer, il y avait de la fumée et des mauvaises odeurs dans la chambre, il y avait de l'électricité dans son lit, son fils aîné avait percé une trappe dans le plafond et c'est par là que devait être tiré le coup de feu mortel, d'ailleurs il a entendu le fusil craquer. (On note

ainsi : impression de mort iminente, sur fond de sentiment de transformation oniroïde de l'ambiance, revêtant un caractère pseudo-hallucinatoire). Quoi qu'il en soit, le 7 décembre, nous faisons le constat d'une rémission qui s'amorce et le malade sort le 14 décembre, soit un mois après son hospitalisation.

3.10. Les problèmes posés par ce type d'événement émotionnel sont en fait les mêmes que ceux que soulève le type d'événement toxique. (1) L'événement traumatisant ou l'appréhension traumatisante suffisent-ils à expliquer le tableau ? Est-il nécessaire, au cas où le choc émotionnel (non plus que le choc toxique) ne saurait en lui-même suffire à déclencher de telles réactions, d'invoquer, comme le fait Ey, un « seuil de réaction », plus ou moins abaissé chez les sujets ? (2) Est-ce qu'il ne s'agit pas là aussi plutôt d'un processus dialectique plus ou moins complexe, suivant les cas, entre événement et terrain ?

En somme, faut-il nous laisser enfermer dans les choix étriqués d'une psychopathologie mécaniste qui accorderait tout à l'événement, toxique ou émotionnel, ou dans ceux d'une psychopathologie qui, à s'appuyer certes sur la nature médiatisée que les épisodes délirants, même les plus événementiels, manifestent cliniquement, ne prendrait pas toutefois cette médiatisation à la lettre et risquerait ainsi de revenir à la notion périmée de prédisposition ? Nous verrons plus loin que la marge d'appréciation reste ici très étroite.

LES MANIFESTATIONS CLINIQUES LES PLUS FRÉQUENTES

Les bouffées délirantes dans leur forme la plus classique

L'expérience délirante

3.11. Elle possède plusieurs caractères assez typiques. Le premier est la brusquerie de début. Elle apparaît parfois à la suite d'une cause occasionnelle (émotion-alcool) ; mais très souvent elle n'a pas de cause déclenchante. Le délire se développe instantanément, « avec l'instantanéité d'une inspiration » (Magnan) et immédiatement « armé de toutes pièces, de pied en cape » (Magnan), ce qui fait que l'on peut dire « délire d'emblée » (Magnan). Tout d'un coup, le sujet se sent à la fois espionné (il est victime d'une machination), possédé, transformé (ce peut être lui-même ou l'ambiance qu'il sent transformé), enfin dépersonnalisé. Parfois pourtant — et peut-être plus souvent qu'on ne le dit — le début est précédé d'une courte phase de perplexité et d'inquiétude.

Un deuxième caractère est constitué par le polymorphisme des thèmes et des mécanismes. Parmi les thèmes, citons les idées de persécution (espionnage, machination, complot), de grandeur (mission politique, filiation royale), de mysticisme (mission surnaturelle), de richesse, de puissance, de possession, d'invention, d'empoisonnement, d'influence, etc... Parmi les mécanismes, citons l'interprétation, l'intuition, la fabulation imaginative, l'hallucination.

Pour les auteurs classiques, il n'existe pas d'hallucinations. Aujourd'hui, les auteurs modernes accordent une place centrale aux hallucinations.

Il est à remarquer surtout que thèmes et mécanismes sont classiquement multiples *(polymorphes),* coexistants, enchevêtrés selon des rapports plus ou moins lâches ; ou, au contraire, intriqués les uns dans les autres, ils se mélangent et se métamorphosent, se montrent variables, ébauchés très souvent ou au contraire exubérants ; ils disparaissent, ils reviennent, etc. L'ensemble donne l'impression accélérée d'un chaos et d'une vitesse « kaléidoscopique » (Ey) à la façon du rêve.

Classiquement encore, on note qu'à cause de la richesse ou de la rapidité des changements le tableau ne donne guère prise à l'esprit d'ordre et de système de l'observateur. Même quand les thèmes s'engrènent dans une pseudo-systématisation, ce sont des thèmes qui, soit qu'ils tournent court, soit qu'ils révèlent trop d'exubérance, ne s'imbriquent pas longtemps dans un raisonnement, fût-il paralogique.

3.12. On conçoit donc que, nosologiquement, ce n'est vraiment que par analogie avec les thèmes et les mécanismes des psychoses délirantes au long cours qu'on peut parler ici de thèmes et de mécanismes. Aujourd'hui on est ainsi contraint, selon la référence phénoménologique, d'aller chercher ailleurs un dénominateur commun à ce qui est moins polymorphe et davantage pseudo-systématisé qu'on ne le disait autrefois, à savoir dans le vécu délirant.

3.13. L'expérience délirante se caractérise dans cette référence par le contenu du vécu délirant. Tout d'abord, quelle que soit la continuité ou l'absence de continuité des épisodes, des « vagues » du délire (Ey), celui-ci se déroule dans un vécu d'incoercibilité, *d'irrécusabilité* qu'on ne retrouve nulle part, comme à proportion du sentiment de mystère, d'inquiétude ou de ravissement qu'il fait naître. D'autre part, que le délire soit, comme on le note classiquement, plus ou moins polymorphe ou, comme on le note actuellement, plus ou moins « monomorphe », il est vécu avec une intensité, une *adhésion* tout aussi fortes ; le sujet « est comme rivé à l'expérience qui se déroule dans ses sens, dans l'intimité même de sa pensée ou de son corps autour de lui » (Ey. Bibl. N° 1, p.2). Enfin, quelle que soit la variabilité des thèmes délirants, et même s'ils fusionnent en un thème unique, le délire est vécu dans un registre *d'actualité dramatique* particulière, en ce sens qu'il n'y a aucune *distance* du sujet par rapport au délire.

L’observation suivante montre l’intérêt de cette dimension phénoménologique. En même temps qu’elle met en évidence la relativité des notions classiques comme, par exemple, celle de polymorphisme ; la réalité, ignorée des classiques, des cas de pseudo-systématisation ; les formes, ici saisissantes, que prennent concrètement le caractère irrécusable de l’adhésion et l’actualité dramatique dans le vécu délirant ; enfin, les altérations correspondantes, conjointes au délire, et qui se manifestent dans la conscience (ici très concrètement oniroïde), dans l’humeur (ici raptus anxieux sur un toit) et dans la conduite (ici réaction de fuite panique de ville en ville). Cette observation illustre enfin l’intérêt général qu’il y a à se mettre à l’écoute du malade.

3.14. Troisième observation : (« vécu délirant »)

P.G., 35 ans, sans antécédents psychiatriques, est entré dans le service le 21 avril 1961 pour bouffée délirante de persécution de formation oniroïde. Voici ses termes mêmes, tels qu’ils ont été recueillis dans le dossier, et qui expriment bien le vécu délirant.

« Je m’étais fait régler par mon patron à Metz il y a trois ans et demi et j’ai signé alors un papier, sans le lire, papier qui m’aurait lié à la religion israélite… Depuis cette époque je suis ennuyé… On aurait dit que je gênais… Tous les six mois je devais changer de place ».

« Je suis arrivé à Albi il y a quelque temps et ça a recommencé… J’ai cherché à savoir, j’ai entendu une conversation… Les Juifs m’auraient renié, sans droit de vivre, qu’ils disaient… Et le dimanche, ils se sont disputés entre eux et j’ai appris qu’ils voulaient me tuer… Alors je suis parti sur Toulouse.

« Quand je suis arrivé à Toulouse, j’ai été pris à parti par les Juifs et, je crois, par les blousons noirs… J’étais traqué dans tous les coins… Ça a duré neuf jours jusqu’au jour où la police m’a ramassé sur un toit… Ils m’avaient pris de

chaque côté de la rue, je suis entré dans un couloir et je suis sorti par un ciel ouvert sur le toit ».

« Je m'étais aperçu de quelque chose depuis que j'étais arrivé à Albi… A la fin de mai de l'an dernier… Mais il en a été question vraiment, seulement dimanche soir il y a deux semaines… Question de ce papier que j'avais signé sans lire… Dans quel milieu j'étais tombé !… Déjà avant, il était question de me faire la peau mais je n'étais pas sûr que c'était vrai, que c'était pour moi… Dimanche je l'entendais de la fenêtre d'une chambre au premier étage… C'était assez vague, il me revenait que des bribes… Dans le bistrot d'à côté on aurait dit qu'ils n'étaient pas tout à fait d'accord… On voyait que le patron du bistrot, il poussait des gens contre moi… Le lendemain matin lundi je suis parti sans rien pour le bus… Arrivé à Toulouse ils essayaient de me barrer les routes, en mobylette, des blousons noirs… J'ai pu travailler un ou deux jours mais j'ai dû arrêter… Je ne pouvais pas dormir la nuit, je dormais dix minutes dans un coin, dix minutes dans un autre… Vendredi je suis descendu aux W.C… Ils sont venus à une dizaine… Il a fallu un agent ».

« Déjà au travail à Albi on essayait de me démoraliser, de me foutre par terre… On aurait dit que je gênais… On aurait dit qu'ils faisaient tout pour me faire partir de la ville… A Toulouse, dans leur conversation, il m'a semblé comprendre qu'ils avaient été dénoncés à la police… Ils étaient convaincus que c'était moi, que je connais l'indicateur… Ça doit être les Juifs et aussi une autre bande, puisqu'on ne s'intéresse pas, qu'on les laisse faire ».

Amené dans le service par la police, après récupération sur le toit, P.G. en est sorti au bout de plusieurs mois, après sismothérapie, vu la lenteur avec laquelle la conviction délirante se corrigeait.

Le contexte psychologique de conscience, de thymie, de conduite

3.15. En ce qui concerne l'état de conscience, on notait classiquement (Magnan) que la lucidité est intacte ; le délire est superficiel, comme en surface d'une conscience conservée. Pour les adversaires de Magnan, (Régis, son contemporain et, plus près de nous, Borel), l'état de conscience est toujours marqué par un certain degré de confusion et d'onirisme. Actuellement on note que le sujet reste en communication correcte avec autrui, qu'il est suffisamment orienté dans le temps et dans l'espace, qu'il est assez bien adapté à l'ambiance, qu'il tient des propos clairs et souvent précis. Mais on n'admet plus, dans la dimension phénoménologique nouvelle, que cette conscience hypnotisée, fascinée, « captivée » par cet imaginaire sui generis (Sartre), rivée à toutes les péripéties qu'il lui fait vivre, soit une conscience normale : on parle donc de plus en plus, à la suite de Mayer-Gross, de « conscience oniroïde », en quelque sorte sous-jacente à cette apparence de normalité.

3.16. Concernant l'humeur, on remarque que le désordre thymique est de règle ; et pourquoi s'en étonner face à l'intensité dramatique de ce vécu délirant, au demeurant soumis à des sautes extrêmes ? Le polymorphisme de ce désordre est rigoureusement à la mesure du polymorphisme et de la variabilité du délire : tantôt le sujet est exalté et expansif comme un maniaque, tantôt il est angoissé jusqu'au raptus-suicide, en passant par toutes les nuances de l'extase mystique ou du mime érotique. L'alternance de la présentation déprimée et excitée avec tous les mixtes imaginables est de règle dans une instabilité et une variabilité maximales. C'est donc dire aussi la grande difficulté qu'il y a parfois à séparer nettement sur le plan clinique la crise maniaco-dépressive et la bouffée délirante.

3.17. Enfin, en ce qui concerne la conduite, on peut observer qu'elle est fondamentalement celle d'un sujet captivé par le délire, avec tout ce que cela comporte d'air absent, de distraction, de détachement par rapport à l'ambiance, voire de pseudo-méditation ou d'écoute hallucinatoire. On note encore sur ce fond des désordres qui épousent les péripéties du délire : du refus d'aliments de l'empoisonné au raptus-suicide du condamné à mort, de l'agenouillement du mystique au mutisme de l'influencé.

Le mode évolutif immédiat et ultérieur

3.18. L'éventualité la plus habituelle — la plus typique — est la fin de l'accès rapide — la guérison — parfois en quelques jours, le plus souvent en quelques semaines. Cette guérison se manifeste quelquefois de façon brusque (sous forme d'un véritable réveil), quelquefois progressive (elle s'accompagne d'un cortège de perplexité, d'interrogations, d'hésitations, d'oscillations où se calment en même temps l'exaltation intérieure et l'activité hallucinatoire et délirante) ; quelquefois enfin, elle est accélérée par la thérapeutique biologique.

Dans tous ces cas, l'attitude du malade, dans les jours qui suivent, peut évoluer de diverses manières. Parfois l'affaire est classée et le malade en parle très vite avec indifférence ; parfois, bien que l'affaire soit dans l'ensemble classée, le malade conserve un potentiel d'émotion résiduel et récidivant pour tel ou tel détail particulier ; parfois il reste très inquiet de ce qui est arrivé ; parfois il reste amnésique (cas où il est classique de se méfier).

3.19. Dans d'autres cas, l'évolution est notablement moins favorable. Ou bien, revenu à lui, le malade conserve, des semaines ou des mois durant, voire assez définitivement, même si souvent il la refoule ou la

dissimule, une conviction résiduelle de la réalité des événements vécus au cours de l'épisode aigu. Ou bien il y a reproduction de l'épisode délirant et le retour des bouffées, avec des intervalles libres se fait si fréquent, qu'il finit par constituer une véritable infirmité, donc inquiétante (ne pas se demander ici si la récidive est la règle : toutes les éventualités sont possibles, et, donc, rechutes et récidives sont fréquentes). Ou bien enfin, d'un accès à l'autre, ce qui, encore une fois, ne veut pas dire dans tout cas de récidive, le malade finit par prendre peu à peu la pente d'une évolution délirante au long cours (souvent schizophrénique chez le jeune). Entre épisodes aigus et décours permanent, la différence est donc alors cliniquement moins tranchée qu'il n'est classique ou coutume de l'affirmer.

Formes symptomatiques particulières

3.20. Signalons enfin, pour en terminer avec la clinique, certaines formes symptomatiques particulières. Dans la perspective actuelle, elles conservent surtout un intérêt historique, même si parfois il nous faut reconnaître que le tableau clinique auquel nous sommes confrontés comporte telle ou telle note symptomatologique prévalente.

Les psychoses interprétatives aiguës

3.21. Ce sont les anciennes paranoïas aiguës de Westphal (1878) ou, plus récemment, les délires de persécution curables de Mlle Petit (1937). Le fond du décor de l'épisode délirant est le même, si ce n'est que le thème central est de persécution et que le mécanisme central est d'interprétation.

Les psychoses hallucinatoires aiguës

3.22. On en retrouve la notion, rare il est vrai, chez les auteurs classiques comme Krafft-Ebing ou Sérieux. On retrouve ici le même type paroxystique, le même type

évolutif, à cette nuance près que le tableau est assez purement hallucinatoire, avec délire minimum, qui apparaît soit sous forme de bouffée hallucinatoire acoustico-verbale, soit sous forme de bouffée hallucinatoire psychique (automatisme mental).

Les psychoses imaginatives aiguës

3.23. Elles ont été décrites par Dupré et Logre en 1910. Elles appellent les mêmes remarques au fond : la flambée a ici une structure essentiellement imaginative avec fable spécialement riche en péripéties fictives, aventures romanesques, situations chimériques, dans un registre vécu de moindre adhésion et de moindre irrécusabilité (à la limite, c'est le délire aigu pseudo-poétique ou poétique).

Nous nous contentons de rappeler ces formes, puisque aussi bien chaque carrière psychiatrique a eu à connaître quelques cas de chacune d'elles dans la pratique des épisodes délirants. Elles ont le double intérêt de fixer des repères extrêmes, entre lesquels joue la clinique quotidienne, et de montrer aussi que n'importe quoi peut devenir aigu. Leur définition nosologique correspond donc à un travail de différenciation et de défrichage, qui, pour nous paraître un peu désuet aujourd'hui, a pourtant sans doute été nécessaire.

Le problème général de l'événement et les données expérimentales

3.24. Il serait vain de vouloir retrouver dans les données expérimentales des explications exhaustives. Elles doivent néanmoins être envisagées sérieusement, bien que brièvement, dans un cadre clinique où la référence expérimentale est exceptionnellement riche, c'est-à-dire sur deux plans, celui des *psychoses expérimentales,* créées

chez l’homme par le moyen des substances hallucinogènes comme la mescaline, et celui des *névroses expérimentales* crééées chez l’animal par le moyen de chocs mettant à épreuve le système nerveux central.

La seule évocation de ces deux cadres nous plonge d’ailleurs au cœur du débat, puisque nous avons pu retenir légitimement dans notre exposé clinique l’existence de délires toxiques et de réactions névrotiques aiguës, avec lesquels il y a ici d’emblée des dénominateurs communs.

PSYCHOSES EXPÉRIMENTALES

3.25. Particulièrement étudiée depuis plusieurs dizaines d’années, la mescaline, alcaloïde du peyotl, est une substance hallucinogène que l’on injecte (par voie intraveineuse, lentement en 10 à 15 mn) sous la forme de son sel, le chlorhydrate, tout en mesurant à tâtons la susceptibilité individuelle (en commençant à 200 mgr et sans jamais dépasser500 mgr). La littérature générale ou spécialisée dispose ainsi d’une quantité d’auto-observations d’hommes qui se sont soumis à cette épreuve, depuis celles de psychiatres comme Morselli à celles de curieux comme Huxley, Sartre ou Michaux. En principe, chez le sujet normal, elle développe — dans le meilleur des cas — une expérience hallucinatoire, voire délirante, d’une durée de 4 à 12 heures qui parcourt un certain cycle : phase d’euphorie (à la 15e minute) ; phase d’altération des perceptions avec illusions et hallucinations (à la 45e minute) ; phase d’expériences imaginaires où le sujet se laisse plus ou moins emporter dans ce que Ey appelle « le télescopage et l’osmose des valeurs de réalité objective et subjective » (Bibl. N° 2, p. 317) ; phase de récupération en principe intégrale après quelques heures.

Jusqu’ici, le modèle n’a guère d’intérêt pour notre propos, sauf qu’il apporte le fait de base d’une possibilité hallucinatoire expérimentale. Mais parfois ce sont des

données plus marginales qu’il faut analyser de près dans la référence qu’alors elles nous apportent. A un pôle, dans certains cas dits normaux, les troubles s’avèrent en effet susceptibles d’excéder les quelques heures habituelles, de se prolonger plusieurs jours, et notamment sous la forme d’un reliquat onirique ou oniroïde. A l’autre pôle, dans certains cas dits névrotiques, l’expérience hallucinatoire tend, dans un engagement personnel plus marqué, à se prolonger encore et, surtout, à s’intégrer dans une thématique franchement délirante (persécution, mystique, érotique). D’autre part, chez les schizophrènes, la mescaline s’est avérée faciliter les émergences délirantes. Entre les deux pôles, dans certains états de surmenage — et l’expérience de Sartre racontée par Simone de Beauvoir est éloquente à ce propos — les troubles peuvent se prolonger beaucoup plus longtemps, des mois durant, et dans d’incessantes oscillations autour du seuil entre le normal et le pathologique.

Sans pouvoir y insister, retenons que ces données, issues d’une micropsychopathologie quotidienne, commencent à poser correctement, dans leur marginalité même, le problème de l’*événement.*

Elles confirment, comme nous le pressentions dans le chapitre précédent, que, si le toxique a son action pathogène propre, cette action, loin d’être *tout,* est littéralement enveloppée dans un contexte double, au moins autant situationnel (surmenage) que dispositionnel (fond névrotique). Elles révèlent de plus que le passage au pathologique suppose une histoire de cette disposition avec des interférences et des sommations. Cette histoire va depuis l’influence souterraine surmenante occasionnelle, en somme facile à repérer dans le temps, jusqu’aux influences souterraines plus diffuses qui, à longueur de vie cette fois, ont perturbé le développement de la personnalité du névrotique et en passant peut-être par des dispositions constitutionnelles.

NÉVROSES EXPÉRIMENTALES

3.26. Particulièrement étudiées elles aussi depuis plusieurs dizaines d'années (école physiologique de Pavlov ; travaux de psychiatres anglo-saxons comme Massermann), elles consistent à rendre un animal malade, notamment un chien, un chat, un singe, en surmenant son système nerveux central dans les conditions artificielles du laboratoire. Le tableau clinique, cette fois, n'est évidemment pas celui de l'hallucination ou du délire. La rupture de l'activité nerveuse supérieure se traduit ici par des comportements pathologiques de types variables : stéréotypies motrices diverses, agitation extrême, fuite panique, réactions de retrait, refus de la nourriture, inhibition motrice, modifications paradoxales d'une activité réflexe conditionnée qui avait pourtant été depuis longtemps stabilisée, etc.

3.27. Mais l'important pour notre propos n'est pas là, dans la clinique. En matière d'éventuelle référence psychopathologique, plusieurs faits sont importants. Le premier est la découverte de toute une série de situations expérimentales de surtension, de surmenage, de l'activité nerveuse supérieure, susceptibles de déclencher, chez l'animal, une rupture aiguë, comme on dit en terminologie pavlovienne, du comportement auparavant équilibré. Citons comme premier exemple le conflit des instincts ou réflexes de défense et de conservation, illustré par l'expérience suivante : Massermann fait passer un courant électrique dans la patte d'un chat qui se dispose paisiblement à manger. Autre exemple : le conflit de deux réactions conditionnelles. Ainsi Chenger-Krestovnikova, après avoir élaboré et stabilisé une différenciation entre deux réflexes conditionnés (de sens contraires par conséquent) à une ellipse et à un cercle, se met à modifier les stimulants appliqués l'un après l'autre en rapprochant

peu à peu le diamètre de l'ellipse de celui du cercle. Troisième exemple : le surmenage de tel ou tel aspect de l'activité nerveuse supérieure. Ainsi Rikman applique soudain de façon conjuguée des stimulations intenses et inhabituelles dans les conditions de tranquillité de l'expérimentation (crécelle, masque, explosion de poudre, oscillations de la plateforme qui porte le chien) ; ou encore Razenkov applique immédiatement l'un après l'autre, deux excitants conditionnels stabilisés de sens contraire (positif et négatif).

Un autre fait important est que, s'il est vrai que des chiens apparaissent nerveusement plus particulièrement prédisposés que d'autres à présenter une rupture de leur activité nerveuse supérieure dans ces conditions (chiens de types faible ou excitable), en multipliant et répétant les procédés en question il est possible de faire passer à peu près n'importe quel chien (même ceux de type fort) à un tel tableau de névrose expérimentale.

Il est enfin important de constater que, si la plupart des animaux ainsi soumis à ces procédés expérimentaux pathogènes, se rétablissent rapidement, sans grand lendemain, certains passent à des états névrotiques plus ou moins chroniques, quelquefois même latents, mais susceptibles de réveil au moindre rappel de la situation expérimentale primitive (comme dans l'expérience de Speranski dont le chien, traumatisé et fragilisé par l'inondation des laboratoires de Leningrad au cours de l'année 1924, reproduit le tableau névrotique initial plusieurs mois après à la seule vue d'une flaque d'eau passant sous la porte).

3.28. Sans pouvoir insister sur ces données, longuement développées dans les ouvrages cités en bibliographie, retenons pourtant de ces modèles expérimentaux qu'un événement pathogène aigu, le plus souvent peu spectaculaire, comme c'est le cas en matière de

discrimination ou de conflit d'excitants conditionnels, est susceptible chez l'animal de développer ce que chez l'homme, au délire près, on appellerait une réaction névrotique aiguë. En fin de compte n'importe quel type nerveux — la notion pavlovienne, on le sait, enveloppant bagage génétique et histoire passée — peut, avec plus ou moins de facilité ou de difficulté, se trouver soumis à une rupture nerveuse plus ou moins brève, plus ou moins prolongée. D'autre part, l'événement traumatisant susceptible de développer ou de reproduire la névrose expérimentale peut être si parcellaire qu'il risquerait de passer inaperçu de l'observateur non averti : la « goutte d'eau », c'est le cas de le dire, suffit à être névrotiquement active.

Va-t-on alors raisonner schématiquement et mécaniquement en passant à l'homme ? Certes non. Mais il n'est pas possible de perdre de vue ces données, fussent-elles élémentaires et grossières. Il faudra plutôt tenir compte, chez l'homme, en matière d'événement pathogène, du potentiel de distance, de poids propre et de complication qu'introduit le langage dans le fonctionnement de son cerveau. Sans perdre pour autant de vue ces données, il faudra prendre en considération le potentiel de médiation de telle causalité événementielle pathogène. Tâche difficile, nous le verrons, s'il en est.

Le problème général de l'événement vital dans les épisodes délirants

3.29. Revenons aux observations cliniques déjà évoquées, et choisies intentionnellement à des âges différents et sans antécédents psychiatriques. Que nous disent-elles sur le problème de l'événement vital, que ce

cadre clinique des épisodes délirants paraît donc éminemment soulever ?

Dans la première observation (3.8), où la bouffée délirante surgit dans un contexte traumatique post-opératoire, le plan événementiel apparaît fort peu problématique en première approximation. Choc opératoire, dira-t-on, et on serait tenté de classer l’affaire. Et pourtant ? Est-ce que d’aventure nous ne projetterions pas ainsi notre ignorance dans cette appréciation simpliste ? Car enfin, dans ce qui nous paraissait tellement simple, que nous n’avions cherché ni à en approfondir la genèse, ni même à en suivre sérieusement l’évolution, la suite a tout remis en question. Quelques mois plus tard nous recevions en effet de la famille un coup de téléphone nous annonçant que ce jeune homme, toujours parfaitement rétabli, sans rien laisser qui permette de comprendre ce qui se passait, s’était suicidé d’un coup de feu dans la gorge.

Avant de valoriser une causalité occasionnelle et fragmentaire, même dans les cas les plus évidents, avant de minimiser la part de l’événement vital, pris au sens le plus global et en tenant compte de tout le poids du passé dans l’éclosion d’un éclat délirant, soyons donc prudents. Il faut que nous soyons assurés, au-delà donc d’une référence expérimentale schématique, d’avoir poussé aussi loin que possible l’investigation sur toute la trame dramatique de la vie qui nous est confiée avec tous ses événements. Ceci pourrait être la première leçon de nos observations.

Dans la deuxième observation (3.9), où la bouffée délirante apparaît chez un homme âgé mais laborieux, menacé de cécité et donc d’inutilité, au moment crucial de l’âge de la retraite, la part événementielle se propose de façon immédiatement différente. Pas de causalité mécanique possible ici, puisque c’est sur fond d’une appréhension vitale engageant l’avenir qu’apparaît la bouffée. Poids du futur donc ici, et non pas le

problématique poids du passé, comme dans l'observation précédente ! Mais dans ce cas, où la traumatisation psychologique apparaît au moins autant pesante que la traumatisation physique, à laquelle d'ailleurs elle s'accroche, on mesure aussi la spécificité humaine au plan événementiel pathogène. Il ne s'agit visiblement pas ici d'un conflit actuel aigu, comme chez l'animal de certaines névroses expérimentales. Il s'agirait plutôt, si l'on cherche un modèle référentiel, d'une sollicitation déclenchante minime, évoquant le rappel qui provoque d'autres ruptures expérimentales — mais à la façon spécifiquement humaine du plan de la *prévision* autorisée par le langage et par son maniement psychologique. Ainsi se dessine tout le plan de médiation événementielle que constitue le vécu d'un homme qui ici se sent longuement, sourdement et irrévocablement menacé de ce qu'il redoute le plus, on serait tenté de dire, jusqu'à en craquer. Nous ne savons pas si, comme Ey le pense, concevoir « un processus psychologique en lui-même morbide » (Deshaies), constitue une absurdité logique ou méthodologique. Mais nous savons, par ce type d'observation, et ce serait la seconde leçon de la clinique, que le *psychologique événementiel* inséparable de sa trame dramatique, passé, présent, futur compris, entre de façon décisive en jeu.

Quant à la troisième observation (3.14) rapportée pour son intérêt de vécu, le délire qu'elle explicite apparaît en première approximation si loin de réalité, si déréel au sens strict, qu'on pourrait considérer comme vain tout essai de le raccorder au plan dramatique des événements vitaux. Ici encore, pas trop de hâte ! Car cet homme qui se met assez subitement à se croire condamné à mort, recherché et poursuivi par une police plus ou moins au service des Juifs... a été effectivement, comme nous l'apprendrons ultérieurement, condamné quinze ans plus tôt à cinq ans de prison au lendemain de la Libération, pour un engagement malencontreux dans la Ligue des volontaires français

contre le bolchevisme pendant l'occupation allemande. Et il a fait quatre ans fermes de cette peine ; après quoi, pour disparaître, il s'est engagé dans la Légion étrangère. Pourra-t-on donc nier tout rapport (encore que terriblement médiatisé par le truchement notamment d'un contexte psychologique complexe de fuite et de méfiance, de rumination du genre « je n'y comprends rien », voire de culpabilité) entre les circonstances, malgré tout longuement bouleversantes, d'un passé très concret et la teneur au moins du délire de persécution ultérieur ?. Bien sûr, nous ne suivons pas *tout* sur cette piste, quelque éclairante qu'elle soit, et le saut au délire continue, avant comme après, à faire problème. Mais, et c'est la leçon de cette observation, nous suivons là certainement quelque chose, à condition, bien sûr, que nous accordions de l'importance méthodique au plan vital des événements.

3.30. Comment peut-on, à partir de là, opérer quelques ***généralisations*** *?* D'abord en reconnaissant que l'événement vital pathogène n'a qu'exceptionnellement une structure nucléaire ; il n'a que rarement une valeur en lui-même. Comme le suggéraient d'ailleurs les données sur les psychoses expérimentales, son potentiel d'action ne peut guère être indépendant de tout le contexte dramatique, actuel et passé, objectif et subjectif par le truchement duquel il doit passer pour devenir pathogène : donc, en élargissant d'abord — mais à la demande et selon autant de cas d'espèce — la notion d'événement et en rompant avec la vision traditionnelle qui tend à le concevoir comme une sorte de corps étranger plutôt occasionnel ou accidentel.

On peut ensuite rappeler, avec Deshaies, que « ce ne sont pas les émotions les plus vives et les plus spectaculaires qui sont les plus dangereuses » (Bibl. N° 5, p. 173), pathogéniquement parlant, mais que ce sont au contraire les impasses irrémédiables, les conflits mineurs, mais insolubles et persistants, parasitaires, les cascades

intarrissables de petits écueils, de petits obstacles, de petits échecs, etc., qui sont les plus dangereux, et, en tenant compte toujours à ce sujet de ce qui peut revenir au poids du vécu.

Enfin généraliser n’est possible, croyons-nous, que si nous nous méfions de la pente même qui pousse la psychiatrie à la généralisation. Quoi de plus individuel dans l’histoire d’une vie que ses événements ? Quoi de plus difficile de les y trouver dans ces formes si minimes que dit Deshaies ? Mais sommes-nous tellement armés, sinon pour de prudentes et interminables recherches, du moins pour des découvertes indubitables ? Leçon anti-scientiste s’il en est, mais qu’il faut méditer.

3.31. Généraliser au-delà serait très arbitraire. Car en fin de compte ce qu’on trouve d’événementiel dans cette perspective est, encore une fois, très varié. Ici, le rapport causal sera plus ou moins immédiat : par exemple chez ce cantonnier, célibataire original âgé de 65 ans, sans antécédents psychiatriques et auquel une erreur de cadastre coûte le ratissage d’un petit bois d’acacias lui appartenant ; dans ce contexte, une bouffée délirante caractérisée apparaît avec des thèmes de mort et de résurrection notamment et est liquidée en quelques jours. Là, le rapport causal sera beaucoup plus médiatisé. Par exemple, chez ce jeune Algérien transplanté, âgé de 19 ans, que le décès prématuré du père transforme en soutien de famille (particulièrement lourde : mère psychotique et plusieurs petits frères et sœurs) et qui, dans ce contexte mal supporté, produit une bouffée délirante à thème central de transformation anxieuse et hostile du monde extérieur avec poussée onirique. La bouffée traîne depuis des mois, tant la « charge » est lourde et sans remède sans doute, en passant par tout l’arc-en-ciel des emprunts possibles à la clinique.

Il faut enfin compter encore une fois avec tout ce qu'on ne découvre pas dans l'état de balbutiement de notre savoir et, donc, de nos possibilités de recherche. On doit ainsi avoir à l'esprit la difficulté foncière où nous restons pour ce qui est de poser, autrement que maladroitement et grossièrement dans chaque cas, le problème particularisé de la dialectique complexe entre milieu, événement et prédisposition, dialectique évoquée en filigrane au cours de tout ce chapitre.

Bibliographie

[1] H. EY. « Psychoses délirantes aiguës » in *Encyclopédie médico-chirurgicale,* Volume : Psychiatrie, T. I, Paris 1955. [Brève introduction au problème. Bibliographie.]

[2] H. EY. « Bouffées délirantes et psychoses hallucinatoires aiguës », in *Etudes psychiatriques,* T. III, étude N° 23, Ed. Desclée de Brouwer, Paris 1954. [Historique. Etude clinique très détaillée avec longues observations. Références aux données expérimentales avec bibliographie.]

[3] S. FOLLIN et J. AZOULAY. « La dépersonnalisation », in *Encyclopédie médico-chirurgicale,* Volume Psychiatrie, T.I. Paris 1955. [Examen du problème sémiologique et nosographique dans toute son étendue.]

[4] S. FOLLIN. « Les états oniroïdes », *Rapport au Congrès de psychiatrie et de neurologie de langue française de Nancy en* 1963, Ed. Masson, Paris 1963. [Etude clinique illustrée d'importantes observations selon l'incidence phénoménologique et les aperçus psycho-pathologiques qu'elle propose.]

[5] G. DESHAIES, *Psychopathologie générale,* Ed. P.U.F., Paris, 1959.

[6] A.G. IVANOV-SMOLENSKI. « Essais sur la physio-pathologie de l'activité nerveuse supérieure », in *La*

Raison, numéro spécial 11-12, Paris 3e trimestre 1955. [Intérêt dans ce cadre pour son inventaire des procédures de rupture de l'activité nerveuse supérieure des chiens en usage dans l'école pavlovienne.]
[7] I.P. PAVLOV. *Leçons sur l'activité du cortex cérébral.* Ed. Amédée Legrand, Paris, 1929. [Intérêt dans ce texte pour son exposé détaillé des protocoles d'expérience majeurs de l'école pavlovienne en matière de névroses expérimentales.]
[8] J. MASSERMANN. *Principes de psychiatrie dynamique,* Ed. P.U.F., Paris, 1956. [Exposé des conceptions de l'auteur mais surtout procédures et protocoles d'expériences en matière de névroses expérimentales.]

4

Les délires dits chroniques et le problème de la chronicité

4.1. Avant d'aborder un cadre clinique qui, pour être spécialement étendu, se définit surtout historiquement et par opposition aux épisodes délirants envisagés dans le dernier chapitre, nous voudrions en introduire l'étude par une mise au point. Les états dont il sera ici question deviennent, dans les formes classiques dont nous resterons proches, de plus en plus rares. Si, à l'âge classique, ils dominaient la pratique psychiatrique (de façon réelle, ou comme croyance des médecins de l'époque, qui le saura jamais ?), ils tendent aujourd'hui à être remplacés, dans leur ensemble, par des états délirants que l'on ne dit plus « chroniques », mais « au long cours » : leurs traits sémiologiques sont plus vagues et les frontières nosologiques plus imprécises ; leurs décours sont davantage marqués d'éclipsés ; leurs thématiques ont une structure plus atypique ; les évolutions sont plus ou moins remaniées par la thérapeutique et par la pratique sociale nouvelle qui enveloppe maintenant celle-ci.

Si néanmoins nous avons retenu cette catégorie en voie de raréfaction au détriment de tableaux dont l'observation de notre chapitre introductif a déjà donné un aperçu, c'est que cette raréfaction n'est encore que tendancielle. De sorte que les types de référence classiques se présentent encore parfois, en pratique, et réunissent les critères traditionnels à la façon d'une sorte d'optimum. Cela suffit,

à notre sens, pour légitimer le repérage sémiologique et le coup d'œil historique auxquels nous procéderons ici.

Note historique pour un repérage correct

4.2. Pour y voir clair, il faut commencer par chercher, au moyen de jalons précis, comment la pensée psychiatrique s'est peu à peu différenciée au long du XIXe siècle et au début du XXe siècle en matière de délires chroniques.

On peut distinguer schématiquement quatre phases qui, bien sûr, chevauchent et ne meurent jamais totalement.

1. LA PÉRIODE DE DIFFÉRENCIATION

4.3. Si délirer signifie étymologiquement « s'écarter du sillon », on ne s'étonnera pas que le sens du terme soit resté très flou, très général, avant la naissance de la psychiatrie scientifique à la charnière des XVIIIe et XIXe siècles. A l'époque de Descartes, par exemple, qui, peut-être le premier, « naturalise la vie mentale », selon le mot de Follin, le terme évoque plutôt les états aigus fébriles où, de fait, l'on « s'écarte plus ou moins du sillon ». Et il en est encore ainsi à l'époque de l'*Encyclopédie* où, toutefois, le même état en gros, toujours défini par son caractère « hors de l'ordonnance » (Follin), est rapporté à des lésions du cerveau. Pour Pinel (1745-1826), le délire reste dans l'ensemble synonyme de folie. Ce qui préoccupe cet auteur n'est certainement pas le délire au sens où nous l'entendons aujourd'hui mais plutôt la façon *partielle* (mélancolie : qui s'adresse à peu d'objets) ou *générale* (manie : qui s'adresse à beaucoup d'objets) de délirer, c'est-à-dire d'être fou (dans un sens donc distinct de celui d'aujourd'hui, pour les deux termes nosographiques retenus). C'est Esquirol (1772-1840), son élève, qui commence ici à franchir un pas décisif, en « brisant en

deux » (Nodet) la mélancolie de Pinel et en distinguant alors la *lypémanie* ou mélancolie proprement dite (délire limité à un petit nombre de thèmes de caractère triste) et les *monomanies* ou délires également partiels mais non tristes, caractérisés, selon lui, « par une lésion partielle de l'intelligence, des affections et de la volonté », ce qui permet, bien sûr, de distinguer autant de variantes.

Dans cette conception, la manie reste le délire général, la folie générale. mais les monomanies, sans idées tristes, et dès lors différenciées de la lypémanie, s'offrent comme un cadre à démembrer. De ce cadre se dégageront rapidement les délires au sens moderne, qui restent toujours délires à certains égards partiels, en bonne tradition esquirolienne d'ailleurs (malgré les reniements qui suivront), et ceci non sans certains écueils.

En cette première période les monomanies esquiroliennes, qui englobent ce que nous appelons aujourd'hui délires, se détachent donc du stade primitif de l'indifférenciation en tant que troubles mentaux partiels, comme *folie partielle,* en opposition aux troubles mentaux généraux, au *délire général.*

2. LA PÉRIODE D'ATOMISME CLINIQUE

4.4. Elle s'ouvre en France par une grande discussion de la Société médico-psychologique, assez confuse mais mémorable, sur les monomanies (1853). Dans l'ensemble on combat, dans les interventions signées de noms illustres, la conception selon laquelle il y aurait une folie générale et des folies partielles. La folie est toujours une, globale, générale, s'accorde-t-on à dire au travers de quantités de nuances. Et désormais la monomanie va apparaître comme un terme dangereux qui, de fait, tombera rapidement en désuétude.

Mais en même temps on retient quand même l'existence d'une qualification moins globale, plus partielle, en la

réservant pour ce qu'on appellerait aujourd'hui la « structure » clinique du délire, ou plus précisément sa structure thématique. Le concept de délire tend donc à se rétrécir, dans une dimension parcellaire, à sa thématique et à se définir par cette thématique. On légitime en somme dès lors la description d'autant de délires partiels que de thèmes, dans ce qui est donc plus, au bout du compte, un déplacement qu'une liquidation. C'est que, autour de cette année-pivot de 1853, cette période voit naître aussi les premières grandes descriptions. Notamment : Lasègue (1816-1883) et son *délire de persécution,* Falret (1794-1870) et son *délire des persécutés-persécuteurs,* Foville (1799-1878) et son *délire de grandeur* ou *mégalomanie,* Cotard et son *délire de négation* (1880).

C'est autour de ces pôles que peut désormais se bâtir tout le travail de différenciation symptomatique par thèmes dans un puissant courant clinique qui va s'étaler tout au long du XIXe siècle et du début du XXe siècle.

L'effondrement très positif, et définitif, de la notion de folie partielle va se faire cependant au profit de distinctions certainement trop subtiles qui finiront par entraîner une pulvérisation atomistique de la folie en général, comme de ses formes délirantes, le point culminant étant sans doute la micro-sémiologie — impasse des hallucinations à la charnière du XIXe et du XXe siècles (de Baillarger à Ceillier en passant par Seglas).

3. LA PÉRIODE DE RÉACTION « ÉVOLUTIVE »

4.5. Quoi qu'il en soit, la réaction va se dessiner contre cette conception trop symptomatique ou trop syndromique, qui compte toujours aujourd'hui des survivances tenaces, et parfois légitimes. Elle va s'appuyer sur le critère d'évolution, dont certaines prémisses étaient déjà incluses d'ailleurs dans les descriptions de Lasègue et de Falret. Elle est polarisée par la description du *délire chronique* de

Magnan et Sérieux (1892), caractérisé par une évolution lente, progressive, régulière et surtout *systématique* (Elle suit quatre phases : phase d'inquiétude [interprétation délirante], phase de persécution [hallucinations], phase de grandeur, phase de démence). A la différence de la tendance précédente, Magnan ne retenait que ce modèle, survenant selon lui chez des sujets d'hérédité peu chargée, auquel il opposait donc nettement les *bouffées délirantes* dites, on le sait, *des dégénérés.* Son intention était sans doute bonne, face à une clinique menacée de devenir dangereusement superficielle à force d'éparpillement. Mais elle était trop dogmatique, simpliste, schématique face à la réalité. Aussi l'entreprise fut-elle soumise assez rapidement à démolition. Mais, pour comprendre ce nouveau moment de transition, il faut se reporter brièvement à ce qu'a été, dans cette période, l'assimilation par la psychiatrie française des études allemandes, notamment sur la *paranoïa.*

4.6. Au départ, la paranoïa, en Allemagne, est prise dans le sens très général de « penser de travers » (Porrot). Puis le terme « fait carrière » (Porrot), pour désigner des troubles mentaux délirants plus ou moins systématisés et on en relève alors quantité de formes : paranoïas primaire, secondaire, abortive, périodique, aiguë, etc. Tout cela reste pourtant assez vague jusqu'aux travaux de Kraepelin (1856-1926) que son étude magistrale de la démence précoce amène à une ambitieuse révision nosographique qui va dominer l'époque en son pays et gagner la France. En matière de délires chroniques, cette volonté de révision culmine dès la première conception kraepelinienne, en 1889, où l'auteur distingue un premier groupe de *délires chroniques,* pour lequel il reprend l'ancien terme de paranoïa. Ce sont des délires évoluant de façon cohérente, logique, systématique, inébranlable, sans hallucinations et sans démence terminale (avec « conservation complète de

l’ordre et de la clarté dans la pensée, le vouloir et l’action », dit Kraepelin). Il leur oppose déjà les « démences paranoïdes » qui rassemblent en fait (sous une dénomination donc inspirée du terme primitif) tous les délires mal systématisés, plus ou moins incohérents, hallucinatoires et désagrégatifs, dont il fera dix ans plus tard un cadre essentiel de la démence précoce : sa forme délirante. En 1909, dans le second grand remaniement kraepelinien en nosographie des délires, la démence précoce restera certes le grand fourre-tout des délires chroniques. Pourtant cette fois, l’auteur sépare de ses formes paranoïdes non seulement la paranoïa, comme vingt ans plus tôt, mais aussi ces délires fantastiques que sont les *paraphrénies,* laissés ainsi dans une position marginale par rapport à la démence précoce parce que n’évoluant pas vers une démence terminale.

La situation en Allemagne en matière de délires chroniques est donc la suivante : le critère de l’état terminal devient prépondérant du fait de l’attraction qu’exerce, dans la pensée nosographique, la *démence* précoce, qui tend au fond à attirer tous les délires à elle, mais à l’exception bien sûr, de ceux qui n’ont pas d’évolution démentielle : c’est-à-dire au premier chef les délires logiques de la paranoïa, que l’on voit comme organisés, non hallucinatoires et liés dans leur mouvement, dans leur mécanisme, à la personnalité antérieure du sujet, à sa constitution. Sur ce point en effet Kraepelin est formel : si la démence précoce relève de l’accidentel, la paranoïa, elle, est « liée à des déficiences constitutionnelles dans la lutte vitale », pour reprendre ses propres termes.

Ces idées font tache d’huile dans les années suivantes en France. Certes, on va y refuser, comme l’écrit Ey, de « donner une trop grande extension à la schizophrénie », qui, en Allemagne, va finir par tout absorber, paranoïa y compris plus ou moins (Bleuler, 1911) ; on va donc laisser hors de son cadre l’ensemble du groupe des délires

chroniques auquel la psychiatrie française reste, par tradition, attachée. Mais on va emprunter à la psychiatrie allemande, après l'impasse dogmatique de Magnan, une façon différente d'envisager le problème : on va prêter plus d'attention au mécanisme, au moteur du délire, par référence plus ou moins étroite à la personnalité antérieure du malade. Nous entrons dès lors dans la quatrième période.

4. LA PÉRIODE DITE MOTRICE

4.7. Sérieux et Capgras, très influencés par la conception kraepelinienne du mécanisme et de la personnalité dans la paranoïa, isolent (1909) un délire systématisé d'interprétation résultant selon eux d'une lésion congénitale du cerveau, la *folie raisonnante.* Elle acquiert d'emblée droit de cité. Ce délire est en quelque sorte franco-allemand, puisqu'il ressemble à la paranoïa par la clinique comme par la prédisposition, mais qu'il reste un délire chronique à la française.

Il y a cependant une différence. Sérieux et Capgras mettent en lumière le moteur du processus pathologique, ce que ne faisait pas Kraepelin. « Les interprétations délirantes constituent la base même des conceptions morbides », déclarent les auteurs, comme le souligne Follin. Dupré (1862-1921) et Logre (1883-1963), dans le même ordre d'idées, décrivent des *délires chroniques d'imagination* (1910). Ici encore le moteur est mis au premier plan, puisque le délire est également défini par son mécanisme : selon cette « aberration », que dénonce Follin, qui consiste à « isoler un tel groupe comme si toute la folie ne comportait pas parmi ses composantes principales un processus d'imagination ». En 1911, G. Ballet (1853-1916) porte le coup de grâce au délire chronique de Magnan. D'une part, il constate l'extrême rareté clinique de ce délire à quatre temps, en mettant parallèlement en doute,

de façon plus contestable, la réalité des bouffées délirantes. D'autre part, il isole un *délire systématisé hallucinatoire* qui a triomphé d'autant plus aisément qu'il a reçu la caution de Sérieux et Capgras (1921), la *psychose hallucinatoire chronique,* dont le moteur est l'hallucination sur fond de prédispositions héritées. En 1921 enfin, de Clérambault (1872-1934) poursuit et achève, à notre connaissance, le travail de la nouvelle pensée motrice, en dégageant des *délires chroniques passionnels* dont la thématique (érotomanie, revendication, jalousie) sera littéralement propulsée par ce qu'on peut appeler la passion de l'intéressé, qui va nourrir le délire de toutes ses particularités.

4.8. Dès lors la mode s'est déplacée une fois de plus en matière de vision clinique. Après la vigoureuse période thématique et la brève période évolutionniste, on est entré maintenant dans la période motrice, où le délire se définit non plus par son thème ou son évolution mais par son mécanisme. « C'est le mécanisme de la production délirante qui devient critère nosographique » (Follin).

Voilà ce dont nous héritons aujourd'hui. Car, depuis quelques dizaines d'années, il n'y a guère eu de nouveaux engouements nosologiques. Dès les années trente, les thèses marquantes en psychiatrie brisaient patiemment à partir d'une reprise clinique minutieuse les cloisonnements de ces édifices trop superbement établis. Dès la fin des années trente, ce qu'il est convenu d'appeler la « révolution thérapeutique » commençait et battait en brèche les schémas évolutifs les mieux établis. Depuis les années quarante, c'est toute une pratique sociale nouvelle qui, en psychiatrie, intervient pour présenter le délire, son sujet et sa chronicité sous de toutes autres faces. En un mot, la psychiatrie cesse d'être un muséum d'histoire naturelle pour tendre à devenir toujours plus active et chaque moment d'activité entre à son tour dans cette vaste

transformation, qui, sans doute, aujourd'hui n'en est qu'à peine à son démarrage. Il semble ainsi que nous entrons dans une ère de « psychoses modifiées », de « délires atypiques » tels que le chapitre premier les a présentés. Pour la reconnaissance de ceux-ci, tous les travaux évoqués dans cet historique, toutes ces pierres d'édifices, difficilement érigés et successivement jetés à bas, nous servent toutefois toujours de points de repère, quoique peut-être comme repérage de plus en plus incertain, de plus en plus lointain.

Aspects sémiologiques fondamentaux dans les délires dits chroniques (coupe transversale)

4.9. Il arrive que la pratique clinique nous confronte avec l'un de ces délires chroniques à l'état pur, comme dans les livres pour ainsi dire ; mais cette rencontre est rare et l'objet trouvé ressemble un peu à une pièce de musée. Pourtant ces cas offrent alors de la façon la plus nette leur sémiologie différentielle. Les deux éventualités les plus franches sont le délire paranoïaque et la psychose hallucinatoire chronique.

ASPECTS SÉMIOLOGIQUES DE L'INTERPRÉTATION DÉLIRANTE DANS LE DÉLIRE D'INTERPRÉTATION (FOLIE RAISONNANTE — DÉLIRE DE PERSÉCUTION SYSTÉMATISÉ OU PARANOÏAQUE)

4.10. Il ne sera donné ici qu'une description de l'interprétation délirante et les problèmes psychopathologiques qu'elle pose seront provisoirement laissés de côté.

Qu'est-ce que l'interprétation délirante ?

Voici d'abord une définition classique, celle de Sérieux et Capgras : « C'est un raisonnement faux ayant pour point de départ une sensation réelle, un fait exact, lequel prend, à l'aide d'inductions ou déductions erronnées, une signification personnelle pour le malade, invinciblement poussé à tout rapporter à lui. » Voici maintenant une définition moderne, celle de Ey, qui est notons-le au passage, à peine plus « phénoménologique » : « L'interprétateur a horreur du hasard. Dans ces portions floues, indifférentes et périphériques de la réalité où celle-ci nous paraît insignifiante et fortuite, le paranoïaque introduit du *significatif.* Plus même, il dénature le sens des choses et des événements, renversant les valeurs de réalité au profit de celles qu'exige le drame délirant pour se développer » (Bibl. n° 2, p. 5).

L'interprétation délirante, l'interprétation pathologique, apparaît donc simultanément comme une sorte de comble de l'erreur et comme le cas limite de la projection de sens dans la réalité, avec, en sens inverse, une sorte de retournement agencé de la réalité contre l'interprétateur. Ce double aspect de signification et de systématisation hostile est précisément ce qui crée des difficultés sur le plan psychopathologique.

Comment procède l'interprétation délirante ?

Porrot répond ainsi : « Le sujet travaille avant tout sur des illusions, ses soupçons travestissent les moindres faits journaliers, en apparence les plus insignifiants. Ces interprétations les plus inattendues s'appliquent aux gestes, aux attitudes des gens, à leurs propos, même à leur silence, aux écrits, aux lectures, à la forme ou à la couleur des objets, à la disposition des mots etc... » (Bibl. N° 6, p. 232).

L'interprétation délirante opère donc dans la pénombre de la vie quotidienne, là où les paroles et les actes de la

quotidienneté la plus banale prêtent à équivoque et peuvent donc se teinter d'une lueur inquiétante, redoutable, voire menaçante. Tout peut ainsi devenir objet de suspicion.

Et le langage des interprétateurs est en rupture de ban avec le style habituel d'explication que propose l'entourage ; il se charge de toute une terminologie très expressive, destinée aussi bien à percer l'insaisissable mystère auquel les patients se sentent confrontés qu'à détourner la conjuration. Aussi bien, dans leurs propos, n'est-il question que d'« allusions », de « sous-entendus » d'« insinuations », de choses à « double sens », de « chuchotements », etc...,

Quels sont les champs privilégiés ?

Classiquement (Sérieux et Capgras), on distingue les interprétations *exogènes,* qui tirent argument de tout ce qui se passe dans le monde extérieur, et les interprétations *endogènes,* qui puisent leur matière dans le milieu intérieur de l'organisme. A la vérité, tout peut prêter à interprétation. Ainsi les mots : ils sont d'autant plus sûrement interprétés dans leur fond soi-disant malveillant qu'ils sont saisis dans une forme équivoque, puisque mal audible et donc mal compréhensible. Ce sont par exemple : bribes de phrases coupées du contexte et soulignées ou retournées par le patient ; conversations entendues mais déformées dans leur reproduction ; chuchotements furtifs comme ostensiblement marqués, ou ostensiblement stoppés, à l'approche du patient ; mots-clés, souvent énigmatiques, mais qui sont mis en relief ou mis en scène dans un scénario qui apparaît comme un rébus. Il y a toujours pour l'interprétant cette part factice ou surchargée de mise en scène de la part des persécuteurs et dont la double destination est (sans doute) de lui bien faire entrer dans la tête qu'il est sous une menace précise et,

d’autre part, de l’inquiéter. Les bruits aussi sont interprétés (peut-être moins directement) : les portes ou les volets claquent intempestivement, à contre-temps, dans la maison ; les passages des voitures se multiplient et deviennent des allées et venues, des allers et retours incessants pour alerte, alarme ; les grincements, les tic-tac surgissent là où ils n’ont pas lieu d’être et s’adressent en définitive au patient. La situation est la même dans la sphère des gestes. Le badaud devient un guetteur supposé, les coups de chapeau deviennent, dans leur ostensibilité, moqueurs ou insultants ; les regards indifférents des passants deviennent des regards de travers ; les banales conversations de la rue deviennent des conciliabules signifiants ; on crache par terre ou on hausse les épaules, on se frappe le front, on se détourne, on se retourne subitement au passage du patient. Bref, tout ce qui dans la vie quotidienne peut s’imaginer comme restant dans l’ombre se met à prendre du relief vis-à-vis de l’interprétant et à se charger d’une signification qui le concerne ; ainsi des images de la télévision aux propos du speaker de la radio-diffusion, des odeurs de la maison au goût des aliments, des rides du visage au cerne des yeux du voisin, des impressions ressenties dans le corps à celles ressenties « dans le cerveau ». Tout se passe comme si la vie quotidienne entière s’investissait de ce double fond admirablement mis en roman par Kafka, double fond au sens térébrant et dont l’interprétant est le centre.

Comment s’organise le délire ?

Classiquement, au début, tout se bornerait à une impression diffuse de mystère ambiant qui peut avoir diverses nuances (manœuvres, manigances, zizanies diverses, obscures, imprécises) mais qui ont un sens d’hostilité, de malveillance ou d’ironie. Et ce ne serait que dans un second temps, plus ou moins tardif, que la

persécution fuserait, avec le sentiment plus précis d'être surveillé, espionné par des va-et-vient d'individus un peu grotesques, un peu fantomatiques, évoquant les personnages administratifs et policiers de Kafka. Ensuite la persécution préciserait ses intentions : l'agression s'amorcerait au cours d'une bousculade dans la rue, dans une réunion publique, dans un bal ; ses modalités seraient diverses : essai d'empoisonnement, effraction de domicile, essai d'enlèvement ; elle prendrait diverses formes, depuis le piège tendu sournoisement jusqu'à la tentative ouverte d'assassinat (souvent assez onirique).

Mais il nous faudra revenir sur cette analyse classique car l'organisation du délire est sans doute moins linéaire que l'on a cru ou que l'on a longtemps voulu croire.

ASPECTS SÉMIOLOGIQUES DES HALLUCINATIONS DANS LA PSYCHOSE HALLUCINATOIRE CHRONIQUE (DÉLIRE SYSTÉMATISÉ HALLUCINATOIRE)

4.11. Dans la psychose hallucinatoire chronique, la diversité des phénomènes sémiologiques est beaucoup plus grande. Et cette catégorie clinique oblige à faire un inventaire analytique plus détaillé, avant tout essai d'analyse de fond.

Nous passerons rapidement sur les hallucinations dites sensorielles (non verbales) et nous insisterons davantage sur les hallucinations (auditives et psychiques) qui portent sur le langage.

LES HALLUCINATIONS DITES SENSORIELLES (NON VERBALES)

Les hallucinations auditives

4.12. Ce sont les plus fréquentes et sans doute les plus permanentes, dans l'ordre sensoriel du moins. Car la fréquence la plus grande revient, dans le domaine auditif, à celles qui portent sur le langage et que nous envisagerons à part dans toute leur ambiguité. Les premières sont soit de type élémentaire, constituant une sorte de bruit de fond, fait par exemple de bourdonnements, de sifflements, de tonalité, de puissance, de distance variables ; soit de type plus élaboré, plus différencié, par exemple, un son de cloche, un air de musique, un bruit de moteur, de chute d'eau, etc. Le plus souvent elles sont variées, changeantes, épisodiques et associées aux hallucinations du langage. Quelquefois pourtant elles se maintiennent. Quelquefois enfin elles se produisent sur fond de surdité.

Elles constituent donc surtout une sorte de fond sonore aux hallucinations du langage, dans une sorte de monde de sons transformé et propice à la mise en relief du chuchotement, du murmure ; ceux-ci représentant en somme une sorte de frange entre le sensoriel et le langage qu'ils concernent déjà.

Les hallucinations de la sensibilité générale (cénesthésiques)

4.13. Elles concernent le plus typiquement les domaines suivants : la sensibilité cutanée (le sujet se plaint de picotements, de fourmillements, de pincements, de piqûres, de brûlures ou, de façon plus différenciée, de courants électriques, de rayons, d'ondes) ; la sensibilité viscérale, chez ces hallucinés qui accusent par exemple des douleurs térébrantes ici ou là, des brûlures du rectum, des violences du type sodomie, etc ; la sensibilité génitale, avec une place nettement privilégiée et des particularisations telles que viols, outrages odieux (à l'intersection des précédents), ou au contraire caresses, etc ; la cénesthésie proprement dite,

avec des sensations de transformation corporelle globale, telle la sensation d'être devenu de verre, de bois, etc.

D'une variante à l'autre, d'un degré à l'autre, on perçoit déjà la plus ou moins grande élaboration délirante de l'hallucinatoire, sa plus ou moins grande intégration au délire.

Les hallucinations de l'odorat et du goût

4.14. On les lie ainsi parce qu'elles vont le plus souvent de pair, et en conjonction étroite avec des idées délirantes d'empoisonnement, tant il est vrai, ici encore, que l'hallucinatoire et le délirant sont en règle générale difficilement séparables. Elles sont assez fréquentes, le plus souvent sous forme de bouffées, et revêtent alors par exemple la forme hallucinatoire d'odeurs fétides (excréments, urine) ou de saveurs plus neutres (essence, ammoniaque, saveur métallique). Le point de jonction avec le délire transparaît nettement quand le malade incrimine par exemple un goût d'arsenic.

Les hallucinations visuelles

4.15. Pour des classiques comme Lasègue ou Falret, elles n'existent pas dans les délires chroniques. De fait, elles manquent fort souvent. Quand elles existent, et alors à la façon d'un appoint, elles ont un visage spécial : comme si, sur le plan de la vue, le malade marquait une distance plus grande par rapport à l'insolite et au factice de l'hallucination. Tout se passe comme si, en somme, le parasitisme hallucinatoire était ici moins direct. Plus que d'hallucinations, il s'agirait ici de représentations mentales automatiques, soit qu'elles restent intérieures, soit qu'elles aussi soient projetées dans l'espace, mais alors avec cette nuance : « on me fait voir », « c'est comme du cinéma », « c'est comme un portrait », etc...

Les hallucinations kinesthésiques

4.16. On les met à part dans une classification sensorielle des hallucinations, pour autant qu'il s'agisse de phénomènes qui se développent sur le plan psycho-moteur, à la façon d'impulsions motrices (quand le malade déclare par exemple qu'on le contraint à marcher) ou d'inhibitions motrices (quand le malade accuse au contraire le fait qu'on l'empêche de marcher).

LES HALLUCINATIONS DU LANGAGE (VERBALES)

4.17. Alors que les hallucinations sensorielles brutes composent une sorte de fond (notamment les auditives) ou d'accompagnement (les visuelles) au délire, et souvent inséparables de ses thèmes (comme nous l'avons vu en passant pour les cénesthésiques, gustatives, olfactives), les hallucinations du langage ont ici une place de tout premier plan. Et comment s'en étonner puisqu'on est là dans le plein du délire rigoureusement impensable sans langage. Nous suivrons ici l'ordre d'exposition classique et tenterons ensuite une vue d'ensemble.

Les hallucinations verbales auditives

4.18 De façon brute, le malade incrimine des paroles qu'il déclare entendre *comme* (et nous reviendrons sur ce comme) dans la vie courante on entend parler ; ce sont donc des « voix » qui sont ici en cause. A l'analyse sémiologique, ces hallucinations ont en principe un certain nombre de caractères différentiels.

- *L'objectivation spatiale.* Il s'agit d'une voix chuchotée, ou encore d'intensité normale voire augmentée, mais, de toute façon, évoquée, dans son émission, à distance : parfois la source en est pointée à plusieurs kilomètres, mais le plus souvent beaucoup plus près, dans une sorte de rayon d'intimité et de familiarité (depuis la

fenêtre en face, la cour de la maison, l'étage du dessus, la cave, l'autre côté de la cloison etc...).

- *La sensorialité.* Qu'elles soient d'émission lointaine ou proche, qu'il s'agisse de voix, de hurlements, de chuchotements ou d'un parler normal, qu'il s'agisse de voix que le sujet identifie comme appartenant à une personne qu'il désigne ou qu'il attribue à des inconnus, qu'elles soient naturelles ou amplifiées, voire engendrées par des appareils, que la voix soit isolée ou qu'il y ait un chœur de voix, elles doivent, pour être dites auditives-verbales, être rapportées d'une manière ou d'une autre à l'ouïe. Il faut qu'elles le soient nettement, sans l'intermédiaire d'une quelconque induction.
- *La signification.* L'hallucination auditive verbale ne surgit pas à la façon du monde conventionnel et impersonnel de la conversation courante. Même dans les cas où la teneur de la voix a la banalité des propos quotidiens, il n'y a là qu'une apparence. En fait ce qui est dit est toujours, par sa banalité même, lourd de sens. Au début il s'agit le plus souvent d'injures brèves (« vache », « salope », « fumier », « pédé », « cocu », « pute », etc.) ; plus tard, ce sont des phrases courtes, injurieuses ou menaçantes voire impérieuses, telles que : « tiens voilà le cornard », « ce soir on le crève », « tu peux te tuer », etc. ; plus rarement il s'agit de monologues ou de dialogues. Plus rarement aussi la voix peut être protectrice. Il faut souligner, d'un malade à l'autre, l'extrême fréquence de ces caractères communs : au fond, on retrouve, dans les voix qu'il déclare entendre, une intrusion de familiarité, de trivialité, de vulgarité.

Les hallucinations verbales psychiques

4.19. Ici, ce n'est plus le langage extérieur véhiculé par la voie acoustique qui se trouve comme parasité ; c'est le langage intérieur qui est soumis à l'hallucination. Il est vrai que cette analyse suppose une conception du langage en quelque sorte bimodale, qui est aujourd'hui bien discutable. Elle est en tout cas implicite dans la conception sémiologique, même si ses tenants sont conscients du fait que le langage dit extérieur de l'halluciné auditif n'est au fond que son langage dit intérieur projeté hallucinatoirement. Nous ne sommes donc pas au bout de nos difficultés en matière de relativité des distinctions !

Quoi qu'il en soit, la psychiatrie française s'est acharnée à constituer un inventaire très poussé sur le plan de ces distinctions, et notamment pour le parasitisme de ce langage intérieur, qui est baptisé soit hallucinatoire, en extrapolation puisqu'il n'engage pas la perception sensorielle, soit pseudo-halucinatoire, par souci de ne pas extrapoler et de ne proposer qu'un rapprochement.

Les caractères différentiels de l'hallucination psychique sont donc en principe définis par opposition aux caractères de l'hallucination auditive. D'une part, l'*objectivation spatiale disparaît évidemment.* Elle est remplacée par une objectivation psychique, en ce sens que sont ici incriminés des phénomènes vécus comme intrapsychiques, bien que le sujet les déclare étrangers (on les dit *xénopathiques).* Tout se passe comme si, dans le vécu de l'hallucinatoire psychique, il y avait « dépossession » du moi (Lévy-Valensi) « scission », « automatisation », « dissidence » du moi (de Clérambault), vécu du moi comme « un corps étranger » (Ey). D'autre part, la *sensorialité* au sens strict disparaît et se trouve remplacée par le sentiment d'une autonomie, mais en même temps d'une extranéité xénopathique du langage intérieur, totalement ou en partie. Les phénomènes évoqués le sont « à l'intérieur » et, si le malade imagine un événement pseudo-causal extérieur, c'est à la façon « secondaire » d'une explication et non plus à la façon

« première » d'une émission. La projection à l'extérieur de l'origine du vécu dissident ne passe donc pas par une pseudo-perception sensorielle. Enfin, chose curieuse, la *signification* est ici moins dramatique, le plus souvent indifférente, vraiment insignifiante. Plus que de propos pénibles ou injurieux, on est proche ici des banalités relevant du bavardage. Ces caractères différentiels, bien que d'importance relative, font que ceux qui retiennent l'autonomie pseudo-sensorielle des hallucinations distinguent ces phénomènes comme pseudo-hallucinatoires.

Il faut tenter maintenant de dresser un inventaire dans le monde du vécu de la scission, de l'automatisme et de la dissidence du moi. Il est devenu classique de distinguer ici : les *hallucinations psychiques* proprement dites (baptisées par certains : « pseudo-hallucinations auditives verbales »), expression directe du syndrome d'automatisme et de dépossession, et les *phénomènes d'écho,* satellites des précédents et expression indirecte dudit syndrome.

Les hallucinations psychiques proprement dites

4.20. La perspective classique est sans doute parfaitement exposée par Ey lorsqu'il écrit : « C'est dans l'espace imaginaire de sa conscience que l'halluciné psychique entend ses pensées comme si elles venaient d'autrui ».

Elles ont été décrites par Baillarger. C'est, ici encore, essentiellement d'une voix ou d'un murmure qu'il s'agit, mais que le malade entend intérieurement, sans le véhicule de la sensorialité acoustique. C'est comme si sa pensée intérieure, son langage intérieur, son imagination intérieure se mettaient tout d'abord à devenir plus vifs, en prenant alors une forme franchement verbale, que l'on dit idéo-verbale. C'est en ce sens que l'on peut dire, au prix bien sûr d'une chosification épistémologiquement

discutable, que le malade *entend* ce qui se passe dans sa pensée, dans son esprit, comme s'il s'agissait d'une voix. Dans les meilleurs des cas, c'est lorsqu'elles sont conjuguées chez le même malade avec les précédentes, que l'on peut, par comparaison, par opposition aux voix de la sphère auditive, faire le diagnostic de *voix psychiques* : ainsi lorsque les malades disent par exemple : « C'est une voix qui vient dans la tête et pas dans les oreilles… C'est une parole en pensée… J'entends mentalement… C'est comme une parole intérieure qui ne fait pas de bruit » (malade de Cellier). Ou encore : « C'est une voix télépathique, d'âme à âme, de pensée à pensée… comme une transmission de pensée » ; ou encore : « Ce sont des voix spirituelles comme quand on se recueille : des voix spirituelles, dans le cerveau. » On a multiplié dans la description les traits thématiques différentiels de ces voix, de ces hallucinations psychiques, depuis les éléments *anidéiques* représentés par l'intrusion dans la pensée de syllabes, de jeux syllabiques, de mots dépourvus de sens, de mots explosifs, de kyrielles de mots, de scies verbales, jusqu'aux éléments *authentiques,* représentés par l'intrusion parasitaire dans l'esprit de phrases sans intérêt du type de la conversation quotidienne et enfin jusqu'aux éléments *thématiques,* où le saut se fait alors vers la signification dramatique, dans ce qui est aussi une liaison avec le délire de l'hallucination verbale auditive.

Il ne faudrait pas toutefois pousser trop loin les distinctions, même si elles comportent une incontestable part d'authenticité clinique. Après tout, c'est souvent le même halluciné qui « hallucine » dans le domaine des langages dits extérieur et intérieur. Il deviendrait donc assez byzantin de lui faire dire que ses voix extérieures l'insultent, alors que ses voix intérieures sont neutres, athématiques. Telle est pourtant ici, à la limite, la pente. On saisit donc là sur le vif combien, en fait, la conception qui

isole, ne serait-ce que pour examen, l'hallucination représente une entreprise atomistique.

4.21. Quoi qu'il en soit, à partir du moment où dans cette automatisation et cette dépossession on isole un langage intérieur, l'hallucinatoire doit alors nécessairement se nuancer en prenant des formes plus subtiles qui portent sur le langage intérieur non encore formulé et imagé. Nous ne ferons que citer ces distinctions, en soulignant combien il faut être prudent dans l'affirmation diagnostique de leur existence chez un malade donné, tant est grand le pouvoir d'induction du psychiatre à un niveau différentiel, qui engage aussi la culture du malade.

Dans l'ordre du langage ou de la pensée intérieure non formulée, non verbalisée, on peut citer le sentiment global d'une hyperidéation ou d'une idéation plus riche allant jusqu'au mentisme, le sentiment global d'un dévidage ou encore d'une étrangeté parasitaire de la pensée, le sentiment global d'un embrouillement voire d'un arrêt ou d'un blocage de la pensée. Dans l'ordre du langage ou de la pensée intérieure imagée, on peut citer le sentiment d'une imagination involontaire, depuis l'image plus ou moins linguistique de mots ou de phrases à la représentation mentale scénique animant la « pensée » intérieure, voire à l'imagerie intense à la limite de la projection, et enfin à la rêverie imagée. Enfin, dans l'ordre moteur du langage intérieur, on peut citer le sentiment que l'hallucination se forme dans l'articulation même des mots, des phrases, de la parole, soit que le malade se trouve contraint de parler, soit qu'il perçoive seulement l'ébauche du mouvement involontaire de la langue et des lèvres, soit enfin, à un degré encore plus fin, qu'il ne lise les énoncés de son langage intérieur qu'à mesure de leur vocalisation naissante.

On pourrait évidemment pousser encore plus loin l'analyse, par exemple en suivant l'hallucinatoire au plan

du clivage des traditionnelles fonctions psychologiques (mémoire, affectivité, etc.) ou en désignant des phénomènes comme l'émancipation des abstraits, l'évasion des velléités, des intentions indiscernables, etc.

Les phénomènes satellites des hallucinations psychiques : les phénomènes d'écho

4.22. Les phénomènes d'écho sont notablement plus intéressants que ces sentiments exceptionnels si étroitement liés à la culture et à l'introspection. Les phénomènes d'écho sont d'ailleurs beaucoup plus fréquents ; ils sont souvent au premier plan dans les délires hallucinatoires au long cours, où ils revêtent alors, comme nous le verrons, une certaine importance psychopathologique. Nous envisagerons donc de près ces signes indirects de l'automatisme et de la dépossession.

Rappelons-nous d'abord que l'expérience primaire de l'halluciné psychique ou du pseudo-halluciné est la dépossession du plus intime de son intimité, pour ainsi dire, de sa vie intérieure. Parfois cette dépossession ne s'exprime pas par une intrusion directe dans la vie psychique, mais par une sorte de phénomène contraire à l'intrusion étrangère (et, à vrai dire, complémentaire de celle-ci) : c'est la répercussion de la pensée ou du psychisme dans ce qui l'environne. Pour étonnant que soit cliniquement ce type de phénomène, notons qu'ici encore, il faut torturer le sens classique du terme hallucination pour y faire entrer ce qui est cependant — rare ou non, cela varie selon les auteurs — au coeur de l'expérience hallucinatoire. Quels sont les principaux de ces phénomènes ?

• *L'écho de la pensée*

C’est le phénomène le plus saisissant et, classiquement, le plus fréquent et le plus précoce. Le malade a l’impression que sa pensée se projette autour de lui au moment même de s’exprimer verbalement : comme s’il « entendait » donc une voix qui répéterait sa pensée dans l’espace relationnel immédiatement environnant, à mesure qu’elle se formule. Et il désigne ce sentiment singulier de dédoublement en disant qu’on lui vole sa pensée, qu’on la lui prend ou qu’on la devine. Parfois le phénomène d’écho porte sur l’écriture ou la lecture ; par exemple chez cette malade qui nous dit : « Quand je prends un livre, je ne peux pas lire parce qu’ils lisent tout haut la même chose dans la cour. »

• *L’écho anticipé et le commentaire de la pensée*

Parfois les phénomènes de répercussion et de répétition prennent une allure moins suiviste au regard de la formulation en cours : soit sous la forme d’un écho, si l’on peut dire, qui formulerait verbalement dans l’environnement du sujet la pensée avant que celle-ci soit conçue (c’est l’écho anticipé de la pensée), soit sous la forme plus vague d’une sorte de commentaire, toujours dans l’espace, qui accompagne et répercute la formulation de la pensée mais dans les termes d’une énonciation légèrement différente.

• *L’écho et le commentaire des actes*

Parfois enfin ces phénomènes de répercussion hallucinatoire en écho, en anticipation ou en simultanéité, en répétition simple ou commentée portent sur la sphère des gestes, des actes et des conduites. Par exemple, le malade qui va se laver « entend » : « Tiens ! il va se laver » ; ou celui qui se dirige vers les W.C. « entend » : « Tiens ! il va aux W.C. »

Cette activité hallucinatoire porte sur la micro-quotidienneté la plus banale de l’activité pensée ou gestuelle. Elle est en règle générale de tonalité familière, taquine, désobligeante, voire malveillante. Elle se déroule comme si « ils » voulaient marquer le coup dans l’insignifiance même de l’écho en manifestant au sujet que rien de lui ne « leur » échappe.

Premières remarques psychopathologiques : l’hallucination du langage comme totalité

4.23. Avec les phénomènes d’écho et de commentaire anticipé, simultané ou retardé de la pensée, de la lecture ou de l’écriture et des actes, c’est tout le circuit de l’hallucination du langage qui se trouve fermé dans sa véritable totalité. Pour en juger, reprenons simplement deux des caractères différentiels ci-dessus évoqués en les confrontant aux correspondants de l’écho hallucinatoire.

(1) Dans l’hallucination verbale auditive, nous avons noté l’objectivation spatiale et la sensorialisation de la « voix » incriminée. Toutes deux sont rapportées à un événement extérieur moteur (l’émission), mais qui masque en même temps au patient à cause de cette projection la nature intrapsychique de l’expérience hallucinatoire. (2) Dans l’hallucination verbale psychique, nous avons noté la désobjectivation spatiale et la désensorialisation de la « voix » incriminée (l’éventuel événement extérieur d’explication n’apparaît que comme un prétexte, une rationalisation pseudo-causale). En même temps, la nature intrapsychique de l’expérience hallucinatoire est mise, sans aucun masque, au premier plan par le patient.

Dans l’écho hallucinatoire, nous pouvons noter la réobjectivation spatiale dans l’environnement immédiat et la resensorialisation (il s’agit de « voix »). Tout cela donc comme dans le cas (1). Mais, en même temps, la nature intrapsychique de l’expérience hallucinatoire se trouve

soulignée, en dépit de la spatialisation et de la sensorialisation, puisque c'est *sa* pensée que le malade dit « prise », « volée », « devinée ». Et cette fois comme dans le cas (2).

4.24. En un certain sens, les phénomènes hallucinatoires d'écho et de commentaire apparaissent donc comme un *pont,* comme un *passage* entre l'hallucinatoire verbal auditif et psychique. Ils éclairent ainsi toute l'expérience hallucinatoire sémiologiquement découpée. En effet, ils dévoilent, en en dénonçant l'unilatéralité, toute l'expérience d'authentique *projection* dans l'espace sensoriel, coupée en quelque sorte de son pôle initial dans l'hallucination auditive du langage, puisqu'il s'agit, dans l'écho, de malades qui entendent bien des voix spatiales mais reproduisant leur pensée. De même ils dévoilent toute l'expérience *d'objectivation intrapsychique,* coupée également, mais de l'autre côté, de son pôle environnement, dans l'hallucination psychique du langage, puisqu'il s'agit de leur pensée que, dans l'écho, les malades entendent reproduite spatialement.

Comme tous ces phénomènes, encore qu'ils soient loin d'être au complet, se rencontrent plus ou moins en même temps chez de mêmes sujets, on mesure ainsi l'incontestable valeur de l'effort clinique sémiologique en matière de délires hallucinatoires.

Secondes remarques psychopathologiques : les difficultés diagnostiques du trouble hallucinatoire

4.25. Dans la perspective de notre pratique quotidienne de la vie, qui simplifie les différenciations pour tout ce qui concerne nos rapports perceptifs avec le monde environnant, les choses ne devraient guère faire problème. Par rapport à la *vérité,* il n'y aurait en somme qu'une série d'opérations mentales distinctes dont l'erreur est en

gradation : *l’illusion,* comme appréhension falsifiée du réel reposant sur une erreur d’appréciation dans l’ordre perceptif, mais motivée par un événement effectif ; *l’interprétation,* comme refonte, comme remaniement plus ou moins poussés de la signification d’un événement tout aussi réel ; la *pseudo-hallucination,* comme attribution contingente à une sphère extérieure de fiction d’un état, d’un événement intérieur ressenti comme insolite et étranger ; *l’hallucination,* degré de plus en somme à partir d’un état intérieur identique, comme création projective avec objectivation, rien moins que contingente cette fois, d’un événement extérieur *sine materia.*

Toutefois, dans la pratique clinique, il est exceptionnel que les choses se présentent avec cette clarté et cet ordre. Et à ce point que, à sa lumière, ce sont peut-être les opérations mentales dites de vérité qui se trouvent contestées dans leur double caractère assuré et rassurant. En effet, il est exceptionnel que nous puissions coller en toute certitude tel étiquetage envisagé au regard de l’ordre de faits auquel nous sommes cliniquement confrontés. Ceci vaut la peine d’être un peu développé, s’il est vrai que le simplisme est une sorte d’hydre de Lerne auquel on n’a jamais fini de couper toutes ses têtes toujours renaissantes.

Prenons la situation hallucinatoire nucléaire, c’est-à-dire à son état élémentaire et simple. Par exemple, Mlle X, « psychose hallucinatoire chronique », comme le notifie la certification, nous rapporte qu’elle entend ses voisins lui dire des injures et qu’« ils » se réunissent à cet effet dans la cour de son immeuble. En principe il n’y a aucun doute. Nous sommes ici dans le cadre de la psychose hallucinatoire chronique avec sensorialité et projection spatiale des « voix », outre la création fictive de l’événement de leur émission. Et pourtant !

Première question. Sommes-nous certains de nous trouver là dans la sphère de l'hallucination et non dans celle de l'interprétation ? Si les voisins ne se réunissaient jamais dans cette cour, la réponse serait facile. Mais ce n'est pas le cas et les voisins peuvent fort bien prendre le frais tous les soirs dans la cour résonnante de l'immeuble. Nous tranchons alors en décidant que, même si parfois, excédés, ils lancent quelques plaisanteries provocantes, ce ne saurait être pourtant avec régularité. Si nous optons donc pour la sphère hallucinatoire, en tenant compte de la sensorialité et de la projection spatiale, nous faisons preuve alors d'un certain arbitraire, puisque nous laissons dans le vague le caractère fictif ou non de l'émission. Nous ne tranchons donc pas sur une certitude absolue fondée sur des critères absolus.

Seconde question. Sommes-nous plus sûrs de ce qui différencie les sphères de l'illusion et de l'hallucination ? En admettant en effet que nous ayons franchi le premier cap, en voilà tout de suite un second. Nous avons éliminé statistiquement l'interprétation. Pourrons-nous faire mieux pour l'illusion ? En fait, jamais il ne nous sera possible d'affirmer l'absence totale et intégrale de toute perception minimale, sur laquelle la malade aurait hallucinatoirement brodé, délirante et inquiète comme elle est. Jamais il ne nous sera possible d'affirmer sans réserve la création *ex nihilo* que doit constituer classiquement cette « perception sans objet » que l'hallucination est, par exemple, pour Ball. Tant nous vivons dans un monde où le silence absolu n'existe pas mais où, bien plutôt, les sons se pénètrent et se modifient entre eux ! Ici encore, arbitraire de même style et affirmation de l'hallucination sur les seules bases de la statistique. De plus, nous sommes cette fois absolument sûrs de ne jamais connaître la part réelle de l'illusion dans cette frange du bavardage des voisins sur laquelle elle a pu broder hallucinatoirement.

Troisième question. Sommes-nous mieux armés dans la sphère de la distinction hallucination et pseudo-hallucination ? Cette fois, les difficultés sont peut-être à leur comble. Pour pouvoir affirmer qu'il y a pseudo-hallucination, nous devons pouvoir retrouver la notion d'un état intérieur, si bizarre qu'il soit, et vécu comme étranger, attribué donc, dans son origine, au monde extérieur. Pour pouvoir affirmer qu'il y a hallucination, nous devons pouvoir retrouver au fond la même chose, encore que masquée, dans une transposition projective de cet étrange état sous forme de l'affirmation d'un événement dans le monde environnant.

Si la malade nous dit : « « Ils » se réunissent dans la cour », est-ce un « événement » qui suffit vraiment ? Ici encore, nous devons, pour trancher, porter un jugement de valeur sur ce qui est origine ou événement. Et d'autant plus arbitrairement sans doute que, encore une fois, nous ne sommes pas du tout certains qu'« ils » ne se réunissent pas, au moins de temps en temps, dans la cour ! Si la malade nous dit qu'« ils » utilisent des appareils, sommes-nous plus avancés quant à la structure de l'événement ? Sommes-nous certains qu'elle entend bien un appareil ou que cette désignation incertaine n'est pas seulement une sorte d'essai de rationalisation, de comparaison, de dénomination secondaires, où elle s'expliquerait à elle-même l'insolite de ce qu'elle éprouve ? Si enfin la malade nous dit : « J'entends leurs voix », nous essayons alors de faire préciser : « Dans les oreilles ou dans la tête ? » Mais pouvons-nous être rassurés, parce qu'elle déclare dans l'indifférence : « Dans les oreilles » ? Car enfin, il arrive, comme pour cette malade citée par Nodet, qu'elle attende quelques secondes pour poursuivre : « Je dois me concentrer... fermer les yeux... J'en vois douze. »

4.26. Alors que devient notre arsenal de critères sensoriels, projectifs, événementiels ? Un fatras sans valeur ? Et il nous faudra alors conclure que Mlle X est probablement hallucinée. En nous rassurant nous-mêmes et en insistant sur la difficulté du cas, sur l'impossibilité de critères définitifs, sur l'interférence de nos instruments d'observateur avec les données observées ! On estimera là peut-être qu'il y a, de notre part, complaisance. Et pourtant ! Si l'hallucination est une expérience d'un sujet, encore conviendrait-il de ne pas oublier, dans nos efforts de dissection et de différenciation, le caractère brut, global, du vécu qui en est le support. Si l'expérience hallucinatoire porte de façon privilégiée sur le domaine du langage, pourquoi vouloir à toute force que le malade soit obsédé par ces subtilités sur le langage intérieur et le langage extérieur, auxquelles il n'est pas dressé, lui, si elles sont une des matières de notre métier ? Si, pour nous, entendre « dans la pensée » ou « dans les oreilles » présente, par principe, un intérêt, il nous faut donc prendre garde aux projections culturelles et aux possibles inductions vis-à-vis d'une personne dénuée de ce genre de rodage professionnel et, de toute façon, assez indifférente aux canaux de ses troubles. Si, pour nous, distinguer trouble « primaire » et rationalisation « secondaire » présente quelque signification, il nous faut prendre garde au fait que, pour celui qui est la victime de ce genre d'expérience, il s'agit peut-être, dans ce plan précisément, de quelque chose qui mine et bouleverse là tous les cadres fragiles d'un ordre sans doute un peu trop cartésiennement établi.

Aspect évolutif et esquisse du problème de la chronicité (coupe longitudinale)

L'ANALYSE CLASSIQUE

4.27. Classiquement les choses apparaissent simples, comme en témoigne, par exemple, cette synthèse clinique, due à Régis, que nous citerons presque entièrement. Datée d'une période (charnière du XIXe siècle et du XXe siècle), où le délire chronique de Magnan était encore le modèle dominant, on y perçoit assez nettement que le développement du délire n'y fait guère problème. La procédure est en somme celle de l'accumulation, ce dont la méthode d'exposition de l'auteur se montre un bon reflet.

« Tout d'abord, le délire est imprécis, indéterminé. Les sujets croient qu'on leur en veut, et voilà tout. Ils ne savent ni qui, ni pourquoi, ni comment. « On est leur terme habituel. » On m'en veut, On m'insulte, On me fait des misères, On m'électrise, On m'empoisonne, On me viole, On me jette de mauvaises odeurs, disent-ils. Puis, les uns plus rapidement, les autres plus lentement, ils choisissent dans leur vie passée, dans leurs occupations habituelles, dans leur mode d'existence, une particularité quelconque qui attire leur esprit sur tel groupe d'individus ou même sur un seul individu. Ceux-ci, suivant qu'ils ont été plus ou moins frappés, antérieurement, de l'idée de la police, de la franc-maçonnerie, des Jésuites, etc…, attribuent ce qu'ils appellent leurs « misères » à la police, aux francs-maçons, aux Jésuites. D'autres, qui avaient déjà des ennemis, ou simplement des individus dont ils se défiaient, les érigent en auteurs responsables de ce qui leur arrive. Un complot se trame, dans lequel entrent les voisins, les concierges, les parents, les amis, souvent des inconnus […].

Quant à l'explication des procédés employés par les soi-disant ennemis pour agir, elle est presque toujours la même au fond. Mis en face de phénomènes étranges et qui échappent pour lui à une interprétation naturelle, le persécuté cherche et trouve pour s'en rendre compte les solutions les plus curieuses. On a fait des trous dans le mur pour lui parler, lui adresser des injures, lui souffler des

poudres brûlantes, de mauvaises odeurs, l'électriser ; on a installé dans les environs et jusque dans sa chambre des bobines, des piles électriques, des tuyaux acoustiques, des téléphones, des phonographes, à l'aide desquels on l'insulte et on lui procure toutes sortes de sensations désagréables.

On se sert même aujourd'hui des rayons X, des rayons N et de la télégraphie sans fil.

Pendant ce temps, les hallucinations se sont multipliées et ont fait des progrès [...]. Les voix sont précises, franchement insultantes ; elles sont entendues non seulement la nuit, mais aussi le jour et sans interruption, quelquefois d'une seule oreille (hallucinations unilatérales), le plus souvent des deux ; elles disent des mots grossiers, des épithètes injurieuses, des locutions d'argot, des phrases entières, dans lesquelles dominent les accusations, les injures et les menaces. Ces voix monologuent, dialoguent, tiennent conversation entre elles, le malade tantôt se bornant à les écouter, tantôt intervenant soit pour contester d'un mot leurs dires, soit pour leur répondre et les discuter, parfois bruyamment et avec animation. Très souvent à ce moment, parfois même dès le début, il se produit un phénomène hallucinatoire curieux, c'est l'écho de la pensée. Le malade entend sa pensée distinctement formulée en lui, au fur et à mesure qu'elle surgit, non plus à haute et distincte voix, mais sous forme de langage intérieur plus ou moins variable ; puis il croit que d'autres personnes l'entendent également, ce qui lui crée un supplice inimaginable, d'autant que les pensées qu'il désire le plus cacher sont précisément celles qui sont le mieux entendues. Il s'aperçoit qu'on devine sa pensée parce qu'on lui répond sans qu'il l'ait articulée, parce qu'on lui parle des faits de sa vie passée qu'il est seul à connaître, etc. Ce phénomène, si mystérieux pour lui, il l'explique encore par l'intervention de l'électricité, du téléphone, du phonographe ; quelquefois il en arrive à s'imaginer que

cette voix qu'il entend en lui appartient à une autre personne [...].

Ainsi que l'a justement fait observer Lasègue, les hallucinations de la vue sont très rares dans le délire de persécution. Le persécuté entend bien ses ennemis, il perçoit bien leurs voix, mais il ne les voit généralement pas. Ses fausses sensations visuelles, lorsqu'il en éprouve, consistent surtout en apparitions hostiles, en figures grimaçantes, en écrits pleins de menaces, en changements à vue des personnes et des choses, qu'il accuse ses ennemis de lui avoir fait voir, par des moyens à eux [...].

En revanche, le sens de l'odorat, le sens du goût, le sens du tact, la sensibilité interne ou cénesthésique jouent un grand rôle dans le délire. Les malades sentent des odeurs de fumier, de soufre, d'ammoniaque ; ils ont dans la bouche un goût d'arsenic, de cuivre, de phosphore, d'où ils concluent qu'on cherche à empoisonner leur nourriture [...].

Enfin, ils éprouvent les sensations les plus extraordinaires. On leur provoque des secousses dans tout le corps, des crampes, des coups, des torsions, des brûlures ; on leur arrache l'estomac, le ventre ; on leur souffle des gaz dans l'intestin ; on leur introduit des corps étrangers dans les parties sexuelles, on les viole, on les sodomise, on les masturbe, on leur soutire le sperme, etc... (persécutés génitaux). Toutes ces sensations sont variables à l'infini, et les expressions par lesquelles les aliénés les traduisent aussi typiques qu'impossibles à reproduire.

Beaucoup cherchent à se protéger contre leurs hallucinations, notamment contre leurs hallucinations auditives et sexuelles. Les hallucinés de l'ouïe se bouchent les oreilles avec du coton, de la mie de pain, de la cire, de la terre glaise, du mastic ; les hallucinés génitaux, les femmes surtout, se protègent en serrant leurs jambes, en tamponnant leur vulve et leur vagin. Ce sont là les moyens de défense des persécutés. » (Bibl. N° 10, p. 417-420).

Que l'organisation du délire s'opère, comme ici, par accumulation, ou qu'elle s'opère, comme ce sera le cas quelque temps après, après le grand clivage du début du XXe siècle, autour de basales « interprétations délirantes » dont le développement se ferait, dira-t-on, en réseau ou, encore, autour d'un faisceau qui ira en s'enrichissant, de la sémiologie hallucinatoire ; que la thématique délirante reste plus ou moins nucléairement persécutive, ou qu'elle s'étale selon des thèmes satellites de grandeur ou de filiation, d'empoisonnement ou d'influence ; dans tous les cas, on évoque, ici, assez irrésistiblement une formule de Lavoisier (revue et corrigée) où rien ne se perdrait certes, mais où tout se créerait à partir de soi.

4.28. Bref, dans cette optique, d'une part le délire suivrait une sorte de dynamique propre, au total interne, avec autant de « variations » que de cas sans doute, mais selon une même horlogerie : les critères de ces variations restant d'ailleurs inamovibles à l'intérieur de telle dynamique délirante : ici pointe de paranoïa dans la personnalité, là serrement des interprétations, ailleurs intensité des hallucinations, etc. D'autre part, le décours en serait chronique et l'évolution dans le sens de l'aggravation : car on percevrait mal comment, le mécanisme d'horlogerie une fois remonté, il pourrait en être autrement. Enfin le terme en serait fixe, selon deux formes polairement opposées, l'une correspondant à l'épuisement des sources d'énergie délirante, et l'autre, à des sources inépuisables ; avec donc « désagrégation », « fléchissement » des facultés, inéluctables dans la première éventualité (tant les épreuves internes de l'esprit y sont rudes, et c'est alors le pronostic des formes hallucinatoires), et « conservation des facultés », remarquablement inverse dans la seconde éventualité (c'est alors le pronostic des formes interprétatives).

Dans cette perspective, il faut enregistrer, d'une part, la contingence de la vie du malade et de son histoire au regard d'une définition de la chronicité qui reste à fleur de délire, d'autre part et complémentairement, l'intention pratiquement nulle d'agir au niveau de cette articulation psychose-vie non reconnue.

LA SITUATION ACTUELLE

4.29. Aujourd'hui, on dispose d'une série de données nouvelles qui, quoique encore incomplètement inventoriées, permettent plusieurs remarques.

Sur le plan clinique

On sait, et ce fut sans doute la première brêche, qu'entre délires aigus (et nous avons déjà vu combien la notion avait eu peine à se faire recevoir dans la tradition classique) et délires chroniques, les oppositions ne sont peut-être pas aussi tranchées qu'en première approximation. D'une part, « le délire d'un moment » peut devenir le « délire d'une existence », comme le rappelle Ey, ce qui fait donc ici la preuve, chez les mêmes malades, d'un passage possible de l'aigu au chronique. D'autre part, l'observation minutieuse a pu montrer l'existence de moments féconds, de poussées aiguës, structuralement fort ressemblantes aux bouffées, dans les organisations dites chroniques. Et même si, comme l'écrivent Dubois et Le Guillant, ils « sont difficiles à retrouver et à critiquer », puisqu'ils se manifestent en effet à la façon « d'exacerbation des préoccupations délirantes », de « cristallisation des convictions », d'extension de leur champ, dans des périodes spécialement marquées du sceau de l'anxiété et de l'onirisme.

De la sorte un des problèmes majeurs de la psychopathologie contemporaine des délires est sans doute d'abandonner la piste d'une dynamique interne, car celle-ci est probablement insoutenable pour autant qu'elle ne fasse

cas ni des effacements, ni des rebondissements. On s'achemine plutôt vers une perspective nouvelle où, sans rendre certes aux moments féconds ce qui revenait naguère à d'autres moteurs en vogue, on tienne compte de ceux-ci dans les termes avancés par Follin : « s'il est vrai qu'il y a simultanément des distinctions et des analogies entre bouffées délirantes et travail interne d'une psychose en évolution, cela me paraît signifier que le véritable problème est celui du passage de l'un à l'autre… » (Bibl. N° 12, p. 13).

Sur le plan pratique

On sait aujourd'hui que le concept même de chronicité est contaminé fondamentalement, dans la vision et le sens classiques, par les conditions concrètes de l'exercice de la profession psychiatrique, sans doute actuellement en voie de mutation. En effet d'une part, comme le rappelle Bonnafé, « les descriptions des auteurs sont relatives à l'évolution de la maladie dans le champ clos de l'observation et l'objet décrit est la folie marquée par les conditions de son renfermement ». D'autre part, toujours selon Bonnafé, si « l'image figée de la chronicité » est une image « constituée dans et par l'asile figé », nous ne pouvons pas savoir encore « comment évolueront les chroniques traités par des équipes soignantes disposant de moyens d'action et de connaissance nouveaux » (Bibl. N° 11, p. 51, 52 et 56).

Il en résulte donc la possibilité d'ores et déjà ouverte — progrès thérapeutiques et améliorations d'environnement ou de suite aidant — d'observer de nouvelles évolutions dans de nouvelles conditions, où le malade ait désormais à montrer autre chose que son visage psychiatrique : dans l'articulation même d'une évolutivité psychotique et d'une évolutivité dramatique, d'ailleurs plus ou moins bien retrouvée à hauteur de conditions de vie

encore sommairement aménagées. Et selon des formes déjà nouvelles qui, pour nous désarçonner au tout début de leur apparition, portent ainsi déjà le poids d'un déplacement pourtant à peine amorcé. Nous avons déjà touché à ce problème au chapitre 1.

QU'EN EST-IL DONC AUJOURD'HUI CONCRÈTEMENT ?

4.30. Simplement ceci : un premier pas paraît s'esquisser modestement, pour autant qu'il dépende de nos efforts, vers une nouvelle transition, peut-être vers une nouvelle phase, dans l'histoire de la chronicité en psychiatrie. Et pour en illustrer le moment présent, nous nous reférerons à deux exemples empruntés respectivement aux deux cadres traditionnels, de réputation particulièrement chronique, évoqués plus haut.

Première observation. — Type d'évolutivité ouverte (délire d'interprétation au début)

4.31. Monsieur X est âgé de vingt-deux ans et il est traité déjà depuis deux ans. Selon les médecins qui en ont eu la charge avant nous, aucun doute n'est possible : il s'agit d'une personnalité aussi bien que d'une structure de délire de type paranoïaque, forme donc spécialement décevante, thérapeutiquement parlant, et de pronostic des plus sombres quand on songe à l'âge précoce de l'apparition des troubles.

Tout ceci se trouve confirmé dès l'admission par l'attitude hautaine, méfiante, rigide, sthénique, de ce jeune homme, comme par son délire conforme aux descriptions des manuels ; c'est un délire caractéristique en réseau. Le sujet se sent suivi par la police, suite à accusation prétendue d'homosexualité et dont tout le monde aurait été informé, dans son quartier, au lieu de travail, chez ses logeurs. La persécution diffuse enveloppe tout, dans un cortège

impressionnant d’interprétations avec multiplication de sourires de connivence ou de murmures sur son passage, surgissement de guetteurs, etc. Que le pronostic classique soit très sombre, c’est évident ; raison de plus peut-être pour n’en pas précipiter le mouvement. Mais que faire ?

A la première admission (le 22 janvier 1964), programme sommaire : médications neuroleptiques destinées à apaiser la tension émotionnelle ; essai d’installation d’une base relationnelle par le truchement de deux infirmières au doigté assuré et ayant reçu une formation de style moderne ; perspective de dédramatisation, le niveau culturel et intellectuel le permettant, du thème homosexuel par « explications » sommaires sur le mécanisme projectif engagé ; régime de va-et-vient entièrement libre dès la première quinzaine de séjour.

Dans un premier temps, succès rapide et inespéré d’abord. On constate une liquidation de la tension (le sujet fait des concessions au plan particulier de l’homosexualité et admet qu’il en a rajouté au plan général de la persécution) et l’établissement de rapports de confiance satisfaisants dans le service. Il sort donc au bout d’un mois et demi à deux mois, le 16 mars 1964.

Dans un deuxième temps, on remarque un effritement progressif après assiduité de quelques mois en dispensaire. Il cesse de prendre les médicaments sous prétexte d’abrutissement ; la sthénie, puis la folie interprétante ne tardent pas à reparaître ; le contact redevient mauvais puis refusé, et c’est l’enchaînement rapide : claustration, altercation, scène, coups et finalement réinternement par la police dans le service. A la deuxième admission (le 10 mars 1965), l’impression est encore plus sinistre. Le malade est plus hautain, distant et allusif que jamais ; il va jusqu’à nous inclure dans son délire. Mais, en quelques jours, transformation assez radicale sans grande mobilisation de notre part. Il demeure certes soucieux, voire légèrement dépressif, mais c’est surtout pour son

avenir qu'il se montre soucieux : il le voit sombre. Il reprend confiance peu à peu après ce changement rapide de registre. Surtout il confie spontanément se rendre compte des effets dangereux de sa tendance interprétante, et élimine parallèlement toute question d'homosexualité dans le contexte présent.

Que faire alors ? Simplement, il est procédé à une reprise du programme premier, mais en insistant davantage sur la nécessité d'une médication permanente, ce à quoi il se montrera plus perméable, et sur la nécessité d'un contact plus étroit et plus suivi. Autrement dit, avant toutes choses, et quoi qu'il en soit advenu de façon intercurrente, il paraissait nécessaire d'éviter à toute force de l'emprisonner dans un système où l'hospitalisation ne ferait que servir la répression sociale au plus grand profit de la fâcheuse évolution classique. Il fallait de plus envisager avec optimisme le retour des thèmes délirants éventuels ; preuve étant faite, à la lumière de ce qui s'est passé pour l'homosexualité, qu'elles étaient au moins potentiellement réductibles.

Nous pourrions prolonger indéfiniment l'observation de ce jeune homme que nous avons revu, depuis, chaque année dans le service, à l'occasion de reprises délirantes mais spécialement discontinues et brèves au regard des longues périodes intercalaires de reprise d'une vie normale. Or c'est celà qui nous paraît compter, même si nous ne sommes en état d'affirmer ni la cessation de l'activité délirante en dehors des moments féconds, ni même dans ce décours l'absence de toute tendance à l'aggravation d'un moment fécond à un autre. Car ce que nous pouvons au moins tenter, c'est de l'aider à créer les conditions qui permettent de mettre en veilleuse le délire, non sans un certain succès, nous semble-t-il, à ce jour.

Deuxième observation. Évolutivité du type impasse (psychose hallucinatoire chronique enkystée)

4.32. M.Z. est âgé de quarante-cinq ans et il est traité depuis 1953, d'abord de façon intermittente, puis à la façon d'un malade chronique que l'on a hospitalisé dans notre service le 21 décembre 1959. La thématique est centralement de persécution et d'influence, mais l'aspect clinique de premier plan est surtout d'ordre hallucinatoire : hallucinations auditives verbales, mais aussi hallucinations psychiques verbales avec, en particulier, kyrielles de mots, ordres, commentaires, voix de poitrine, vision de scènes de facticité cinématographique, etc... Tout ceci évoluant pendant des années avec des hauts et des bas et débouchant enfin vers un repli de plus en plus grand sur lui-même avec cessation de toute activité et créance conservée à la persécution originelle.

Depuis le séjour dans le service, nos efforts se soldent par un échec de tous les traitements entrepris, par un échec de tous les essais longs ou brefs de sortie ; par une installation persistante dans un système qu'on n'oserait dire « d'équilibre », dont la précarité ne le satisfait pas plus que nous, mais que, pas plus que nous encore, il n'ose rompre. Il est constitué par des permissions très courtes excédant rarement 24 heures, car les « voix » reprennent pour toute infraction et par des activités régulières mais minima en atelier thérapeutique. Notons encore que, dans l'ensemble, la sociabilité de cet homme, dans le service, est normale hors de courts moments de retrait, régulièrement motivés par un retour des « voix ».

Dans ces conditions, il n'est pas sans intérêt de noter au point de vue clinique une liquidation presque entière des anciens thèmes délirants (mis à part les brèves percées hallucinatoires où le délire est d'ailleurs plus supposé et tendanciel qu'affirmé), ensuite l'installation dans une situation où l'on est en somme contraint d'enregistrer l'existence d'une sorte de seuil hallucinatoire, qui serait relativement abaissé chez cet homme.

Que faire au regard d'une telle situation que nous disons de sédimentation ? Faute de mieux, respecter sans doute avant tout cet équilibre aussi insatisfaisant que précaire, en attendant les temps meilleurs d'une imagination psychiatrique un peu moins courte ; ne pas imposer donc une sortie qui ne ferait que satisfaire le volontarisme psychiatrique en exposant cet homme aux affres d'un délire renaissant ; chercher et trouver des formules plus à cheval sur la structure hospitalière et l'extérieur : du côté, sans doute, des milieux intermédiaires que propose aujourd'hui la naissante psychiatrie de secteur.

4.33. Quoi qu'il en soit, où est, dira-t-on, la ressemblance entre ces deux types d'évolutivité, si opposés apparemment en première approximation ? D'abord, en ceci que l'« ouverture » de l'une, comme l'« impasse » de l'autre, s'inscrivent davantage *à hauteur de vie quotidienne,* et à rebours donc des critères péremptoires de l'ère classique. Ensuite, en ceci que des évolutions de ce genre, désormais plus contrôlées au regard de ce nouveau contexte, commencent à nous dévoiler la dimension psychiatrique de la chronicité selon un autre visage : le visage, non plus tant de psychoses chroniques que, selon le mot de Bonnafé, de « modes de vie chronicisés », manifestes dans le « vertige de la sortie » du second cas, mais peut-être fâcheusement promis à la longue dans les hauts et bas non sans lendemain du premier cas. Enfin, en ceci que des évolutions de ce genre, scabreuses ou décevantes dans l'état contemporain de nos moyens d'action, obligent par là même à envisager sérieusement un déplacement radical des moyens d'action psychiatriques : sur le terrain habituel où se joue le destin de nos malades dans cette « histoire personnelle » sur laquelle insiste Le Guillant. Il commence à devenir clair par conséquent que, tant que ces conditions nouvelles ne seront pas assurées, il restera assez vague et

assez vain, pour le psychiatre, d'essayer de définir de quoi il parle exactement quand il évoque la chronicité délirante.

Bibliographie

[1] S. FOLLIN. Enseignement pour la préparation au médicat des hôpitaux psychiatriques : Années 1949-1950-1951 (non publié).

[2] H. EY et R. PUJOL. « Groupe des délires chroniques » in *Encyclopédie médico-chirurgicale* (Volumes : psychiatrie). Paris 1955, tome 1. [Essai de classification au plan de la nosographie des délires dits chroniques. Importante bibliographie.]

[3] H. EY. *Hallucinations et délires.* Ed. Alcan, Paris, 1934, [Etude centrée sur l'automatisme mental. Nombreuses références aux travaux classiques.]

[4] H. EY, P. BERNARD et Ch. BRISSET. *Manuel de psychiatrie,* Ed. Masson, Paris, 1960. [Cf. chapitre « Les délires chroniques ». Exposé d'intention essentiellement didactique.]

[5] G. DE CLÉRAMBAULT. *Œuvre psychiatrique,* Ed. P.U.F., 2 vol., Paris 1942. [Rassemble une série d'articles ou communications et notamment ceux qui concernent l'automatisme mental, la psychose hallucinatoire chronique, les délires passionnels.]

[6] A. PORROT. *Manuel alphabétique de psychiatrie,* Ed. P.U.F., Paris 1952.

[7] Dr. LEVY-VALENSI. *Précis de psychiatrie,* 3e édition, Baillères Editeur, Paris 1948. [Cf. le chapitre « Les états hallucinatoires » comportant une mise en ordre sémiologique.]

[8] SÉRIEUX et CAPGRAS. « Délires systématisés chroniques », in *Traité de Pathologie médicale,* de Sergent (Volumes : psychiatrie), 2° édition, Paris 1926,

T.I. [Texte classique intégrant en cette seconde édition l'apport de Clérambault.]

[9] Ch. N. NODET. *Le groupe des psychoses hallucinatoires chroniques,* Ed. Doin, Paris 1938. [Thèse de médecine avec nombreuses observations.]

[10] E. REGIS. *Précis de psychiatrie,* 4e édition, Ed. Doin, Paris 1909.

[11] L. LE GUILLANT, L. BONNAFÉ et H. MIGNOT. « Problèmes posés par la chronicité sur le plan des institutions psychiatriques ». *Rapport au Congrès de psychiatrie et neurologie de langue française à Marseille en* 1964, Ed. Masson, Paris 1964. [A partir de trois pratiques différentes, les auteurs font chacun un bilan d'expérience d'où se dégagent des champs neufs pour un traitement de la chronicité psychiatrique.]

[12] S. FOLLIN. « Les états oniroïdes », *Rapport de psychiatrie au Congrès de psychiatrie et de neurologie de langue française de Nancy en* 1963, Ed. Masson, Paris 1963.

5

Problèmes de la schizophrénie

5.1. Nous entrons ici dans un domaine de faits où, faute de vrai savoir sans doute, on a spécialement multiplié les métaphores pour approcher l'ensemble de ces troubles au demeurant si impressionnants, si inquiétants, dits de la schizophrénie ou de la démence précoce (les deux dénominations se recouvrent). C'est ainsi que Kraepelin parle d'un « orchestre sans chef » et Chaslin d'une « machine sans combustible », tandis qu'Anglade évoque un « livre privé de reliure » dont les pages, toutes conservées, mais mélangées, en rendraient la lecture impossible. Ou encore que Minkowski, soulignant la conservation des facultés chez ces malades, remarque le trouble essentiel au niveau de ce qu'il nomme leur « espace intersticiel ». En réalité, point n'est besoin pour autant de majorer ce qui reste notre ignorance fondamentale. Comme nous le verrons, l'expérience clinique, quand elle est reprise, revue, réfléchie, littéralement mise au pied du mur, est susceptible ici de forcer quelque chose de son secret en nous en enseignant sans doute un peu plus que nous serions tentés de le croire sur les aspects déconcertants et déroutants de ces troubles.

Nous essaierons ici de cerner quelques-uns de ces problèmes en les envisageant tels qu'ils surgissent : (1) à partir de l'exposé de la vision de cet ensemble de troubles, telle qu'elle s'est constituée historiquement ; (2) dans un rappel des voies d'entrée dans la schizophrénie, chapitre spécialement important tant au point de vue diagnostique et thérapeutique que psychopathologique ; (3) dans un

inventaire sémiologique à la période de schizophrénie confirmée ; (4) ce à quoi nous ajouterons, pour en terminer avec la partie clinique, un examen rapide, surtout pour mémoire, des problèmes particuliers posés par les formes graves et, pour leurs retentissements sans doute plus intéressants, par les pseudo-schizophrénies ; (5) dans un essai de position enfin du problème psychopathologique général dans ces états.

Esquisse de l'histoire d'une difficile construction

AVANT KRAEPELIN

5.2. On dit souvent, à la suite de Denis, que la démence précoce, que la schizophrénie est française par ses origines, mais allemande par ses développements. Elle est « française », peut-être, pour autant que l'on retrouve certains de ses traits dans ce que Esquirol appelait, au début du siècle dernier, « idiotie acquise ou accidentelle » ; et dans la mesure où l'on relève encore, dans les travaux de Morel au milieu du même siècle (1851-1860), des descriptions caractéristiques de ce qui deviendra l'hébéphréno-catatonie, la notion d'une démence susceptible d'être précoce (l'auteur associant les deux termes, mais sans systématiser, et dans de rares observations de jeunes malades), enfin la notion clinique d'une « stupidité » aboutissant à la « démence ». Ainsi les auteurs français, quoique faisant preuve de perspicacité descriptive, ne détachent pas le groupe en tant que tel et, encore moins dans ces conditions, ne s'y attachent pas pour une investigation scientifique.

En revanche la schizophrénie est « allemande » très tôt, et dès avant Kraepelin. Kahlbaum (1828-1899) en 1871 (premiers travaux dès 1863) décrit et dégage, avec son élève Hecker, une « maladie » caractérisée par des troubles

du langage, du paradoxe, du maniérisme, à début dans l'adolescence et à évolution démentielle. Ils nomment cette maladie *hébéphrénie.* En 1874 Kahlbaum (premiers travaux dès 1866), décrit et dégage une autre maladie caractérisée par des troubles de la motilité (syndrome dit d'« Attonität » avec mutisme, négativisme, raideur flexible musculaire, décharges impulsives) aboutissant également à la démence. Il nomme cette maladie « démence de tension » (*Spannungsirrsinn*)*,* ce que nous traduisons par *catatonie.*

Avec les travaux de Kahlbaum et Hecker deux noyaux cliniques fondamentaux de ce groupe morbide sont définitivement dégagés.

L'ÉTAPE KRAEPELINIENNE : LA PÉRIODE DITE NOSOGRAPHIQUE DE LA DÉMENCE PRÉCOCE

5.3. Il n'est pas sans intérêt de suivre d'assez près *l'évolution* des travaux de Kraepelin. Car, à ne retenir d'un tel historique que des moments qui paraissent schématiquement achevés, on concevrait mal que la question puisse être aujourd'hui redevenue ouverte. A la vérité, cette ouverture est déjà inscrite dans l'évolutivité même de la pensée de celui qui fut sans doute le plus puissant de ceux qui réalisèrent les grandes synthèses au cours de l'histoire de la clinique psychiatrique.

• ***Premier temps.*** C'est en 1889, époque de la première grande conception kraepelinienne des délires dits chroniques déjà évoqués au chapitre 4, que Kraepelin dégage et isole, on s'en souvient, les *démences paranoïdes,* groupe qui rassemble, en opposition à la *paranoïa,* toutes sortes de délires mal systématisés, plus ou moins incohérents et hallucinatoires et aboutissant rapidement à la démence.

A cette époque, en somme Kraepelin poursuit et, au bout du compte, achève aussi le travail de défrichage clinique de

Kahlbaum et de Hecker dans le domaine considéré. En effet, formant pour ainsi dire un trépied, la base du groupe nosographique se trouve dès lors constituée.

• ***Deuxième temps.*** C'est de 1893 à 1896 que se situe le travail préparatoire à la grande synthèse clinique qui va suivre. En 1893 (date de la quatrième édition de son *Traité des maladies mentales),* Kraepelin propose d'appeler déments précoces un certain nombre de cas cliniques qu'il distingue encore de ses déments paranoïdes comme d'ailleurs des catatoniques décrits par Kahlbaum. Il paraît, en effet, surtout préoccupé alors par le problème des origines, puisqu'il range ses nouveaux déments précoces comme ses déments paranoïdes et les catatoniques dans le chapitre de la dégénérescence. Il abandonnera rapidement cette manière de voir mais, quoi qu'il en soit, l'appellation est trouvée. En 1896 Kraepelin, dans la cinquième édition du *Traité,* identifie cette fois sa démence précoce à l'hébéphrénie de Kahlbaum-Hecker. Il ne va pas plus loin à ce moment car il est préoccupé par le souci d'opérer un redressement en matière de causalité. Il renonce en effet alors à la dégénérescence et rapporte maintenant démences précoces et démences paranoïdes à une causalité d'ordre acquis, qu'il voit constituée par des troubles de la nutrition. Mais, quoi qu'il en soit, un nouveau pas est fait encore vers l'unification du groupe.

• ***Troisième temps.*** C'est en 1899, année de la sixième édition du *Traité,* que la conception kraepelinienne de la démence précoce, de longue incubation comme on vient de le voir, parvient à maturité. C'est l'époque de la vaste synthèse nosographique à laquelle on se réfère toujours aujourd'hui quand il est question de démence précoce. Il faut en citer brièvement les principaux traits.

Tout d'abord la démence précoce est constituée en unité nosographique autonome sur la base du critère d'évolution

représenté concrètement par l’affaiblissement démentiel *(Verblödung)* terminal. Ce critère d’unification, dès lors, va autoriser le rapprochement de cadres cliniques apparemment fort disparates. Dans cette perspective en effet, elle peut rassembler ses trois grandes formes : la forme hébéphrénique qui, déjà dans la description de Kahlbaum-Hecker, on l’a vu, virait vers la démence ; — la forme catatonique, de virage démentiel identique, chez Kahlbaum ; — la forme paranoïde enfin, c’est-à-dire la démence paranoïde proprement kraepelinienne dégagée dix ans plus tôt. Le grand rassemblement synthétique est donc achevé pour des « formes cliniques particulières qui, dans la période antérieure, avaient été considérées comme plus ou moins indépendantes les unes des autres » (Bibl. N° 8, p. 77), selon les termes de Minkowski.

• ***Quatrième temps.*** Il s’étale cette fois jusqu’en 1913 et c’est une longue période où le grand assemblage nosographique se voit de plus en plus effriter sous la plume même de son auteur, contraint à une série de replis successifs. En 1906 (septième édition), Kraepelin apparaît un peu comme l’apprenti sorcier débordé par l’extension même de sa démence précoce. D’une part les limites posées craquent de tous côtés et l’auteur paraît donc, selon le mot de Follin, « ne plus oser » la concevoir comme une « maladie » d’évolution fondamentalement et primitivement démentielle. D’autre part, il continue sans doute à maintenir le critère de démence *(Verblödung)* mais commence à le déplacer vers un champ d’appréciation non plus évolutif mais sémiologique. Pour lui, commencent à devenir déments précoces tous ces malades chez lesquels il y a « affaiblissement de l’activité psychique » (Ey) et notamment de l’affectivité. Le groupe des démences précoces tend donc à devenir ou redevenir un assemblage syndromique.

En 1913 (huitième édition), nouveau pas en arrière de la part de Kraepelin. C’est aussi que, deux ans plus tôt (1911), le travail de Bleuler a connu un retentissement inattendu. Kraepelin admet la notion bleulerienne de dissociation et en tire les conséquences. Le déplacement syndromique s’accentue : pour lui devient typique du groupe des démences précoces, non plus tant la *Verblödung* d’importation évolutive, que la « désagrégation psychique *(Zerfahrenheit)* avec troubles prépondérants de l’affectivité » (Ey). De ce point de vue nouveau, le groupement syndromique kraepelinien de la démence précoce se pulvérise alors en huit ou neuf formes cliniques qui remplacent le trépied primitif du groupe.

En fait, c’était, sans doute, la notion kraepelinienne de démence précoce qui se trouvait au départ battue en brèche de l’intérieur par l’outrance de son critère nosographique de démence terminale. De l’extérieur, ce que les travaux de Bleuler sur la schizophrénie apporteront à cet égard, ce sera donc une « liquidation » (Follin) ; mais ce point de vue dit extérieur a des prémisses, d’autant qu’il s’agira chez Bleuler, comme le dit Ey, d’une « interprétation schizophrénique de la démence précoce kraepelinienne ».

Quoi qu’il en soit, et c’est pourquoi nous avons ici insisté, la synthèse kraepelinienne a su envelopper les descriptions cliniques antérieures. De ce fait, le balisage auquel la pratique clinique est toujours à quelque égard contrainte ne saurait faire entièrement abstraction d’elle dans ce qu’elle a de toujours valable. C’est à tout le moins le cas en France où la démence précoce kraepelinienne demeure un très solide pôle d’attraction et de référence.

L’ÉTAPE BLEULERIENNE : PÉRIODE PSYCHOPATHOLOGIQUE DE LA SCHIZOPHRÉNIE

5.4. Evoquant la charnière de ces deux étapes au début de ce siècle, Ey écrit que « la fréquentation clinique de ce

grand groupe d’aliénés a fini par imposer à l’esprit de tous une signification des deux mots démence précoce » fort différente de leur sens littéral voire de leur usage psychiatrique usuel. Et il précise notamment : « l’étude clinique de tous ces cas a rompu les liens de la démence précoce avec la démence » (Bill. N° 1, p. 2). Minkowski éclaire sans doute la tendance de l’époque vers l’étude de cette démence qui n’en est pas une lorsqu’il indique que c’est à la synthèse même que l’on doit la position d’un problème nouveau. Si tant de syndromes apparemment disparates ont pu être ainsi fusionnés, dit-il, c’est qu’« ils doivent donc tous avoir quelque chose de commun ». Et Minkowski fixe en ces termes ce qui sera la trame de l’étape suivante : « C’est ainsi que naît le besoin de ramener toute la richesse des symptômes et des tableaux cliniques qu’englobe maintenant la démence précoce à un trouble fondamental » (Bill. N° 8, p. 78). De fait, le début du siècle voit se multiplier recherches et réflexions sur cet éventuel trouble fondamental en clinique, notamment, avec Urstein (1909) et sa désharmonie intrapsychique, avec Chaslin (1912) et sa discordance psychique, avec Stransky (1914) et son ataxie intrapsychique.

Mais c’est en 1911 avec E. Bleuler (1857-1939) que cette tendance atteint son point culminant en prenant une authentique envergure psychopathologique qui dépasse d’ailleurs de loin en portée la tendance même.

5. 5. Apparemment Bleuler ne fait que suivre son temps en soulignant la scission, la dislocation *(Spaltung)* intrapsychique qui représente cliniquement le trouble fondamental chez ces malades. En fait, il permet une mutation dans cette question pour plusieurs raisons.

D’abord il dégage, quoique sous la fantasmagorie discutable de troubles respectivement « primaires » et « secondaires », la réalité et la notion de l’***autisme*** chez ces malades. Problème qui est certes sujet à controverse.

Mais qui est surtout, le plus souvent, déformé. De telle sorte qu'il nous paraît devoir laisser à Bleuler, et dans ses propres termes, le soin d'une définition. « Les schizophrènes les plus avancés, qui n'ont plus aucun rapport avec l'ambiance vivent dans un monde qui n'est qu'à eux. Ils y sont enfermés pour ainsi dire… Ils limitent leur contact avec le monde extérieur au strict minimum. Nous appelons autisme ce détachement de la réalité, accompagné d'une prédominance relative ou absolue de la vie intérieure… L'attitude de nombreux malades ne présente rien de particulier de prime abord. Ce n'est qu'en les observant plus longuement qu'on s'aperçoit jusqu'à quel point, soucieux de suivre leur propre chemin, ils s'efforcent de ne pas laisser pénétrer jusqu'à eux l'ambiance. » (Bill. N° 8, p. 145-146).

Qu'à tort ou à raison, il faudra y revenir, on ait ultérieurement valorisé, et même induit parfois la portée réelle, clinique de l'autisme chez ces malades, il n'en reste pas moins que le problème était posé dans un progrès certain par rapport aux démarches trop extérieures de la clinique classique. En même temps la voie était ouverte à la pénétration de l'impénétrable par excellence ainsi qu'à l'hypothèse psychopathologique, fût-ce dans des recherches qui restent encore bien balbutiantes sur ce terrain spécialement mouvant.

D'autre part Bleuler travaille à cette époque avec Jung qui, dès 1907, publiait un écrit, inspiré par la psychanalyse, sur *la Psychologie de la démence précoce.* Ce qui fit que, dès lors, comme l'écrit Minkowski : « Tout ce pays désertique s'anima brusquement, grâce aux recherches de Bleuler et de Jung entreprises sous l'influence des travaux de Freud », et donc notamment sur le terrain de l'autisme découvert peut-être de par cette perspective même.

Disons en schématisant qu'on pourra se mettre désormais à chercher *sens* dans cette étrangeté même qui jusque là faisait reculer le clinicien : on pourra désormais

descendre aux enfers des ***pulsions*** et des *complexes* qui composent le filigrane de cet autisme. Sans doute faut-il évoquer ici les réserves légitimes de Burstin quand il se plaint récemment de l'excès de cette direction, quand il enregistre ces « spéculations aussi nébuleuses qu'hypothétiques » où peut mener la recherche de contenu. Soulignons pourtant l'importance de ce moment historique où la psychopathologie schizophrénique s'ouvre à la psychanalyse.

Dernier aspect du tournant opéré par Bleuler. Bien que Bleuler n'ait pas été familier (son élève Minkowski s'en portant garant) des recherches de Husserl et de l'école phénoménologique, le vent phénoménologique souffle dans son œuvre. A ce point que Follin, au demeurant très critique, peut écrire : « Si l'œuvre de Bleuler garde pour nous une valeur essentielle, c'est en ce sens qu'elle est une phénoménologie de la dissociation du vécu et de l'autisme. » (Bibl. N° 7, p. 216). Et même s'il faut ajouter que l'approche phénoménologique nécessite une spéciale prudence quand il s'agit de la schizophrénie.

5.6. Mais en même temps l'étape bleulérienne assure le *relai* de l'étape kraepelinienne. Et il est également important d'analyser comment.

Elève de Kraepelin au plan psychiatrique et intitulant d'ailleurs fort significativement son livre *Démence précoce ou groupe des schizophrénies,* Bleuler précise les raisons du changement de dénomination. Et elles apparaissent bien de lignée kraepelinienne, puisque, d'une part, pour lui, le cadre de la démence précoce englobe des états « qui ne se définissent ni parla démence, ni même par une évolution déficitaire » (Ey), et que, d'autre part, le dénominateur commun de ces états réside dans la « coupure » du psychisme indiquée par la nouvelle appellation *(schizein* en grec signifie couper). Pour reprendre ses mots mêmes, « Je nomme la démence précoce *schizophrénie* parce que,

comme j'espère le démontrer, la dissociation des diverses fonctions psychiques est un de ses caractères les plus importants. Pour la commodité, j'emploie le mot au singulier, bien que le groupe comprenne vraisemblablement plusieurs maladies. » Le relai est donc incontestable sur le plan clinique. Il se fait là même où, chez Kraepelin, le bât s'était mis de plus en plus à blesser.

5.7. Mais, outre une nouveauté, outre un relai, l'apport de Bleuler se marque aussi par une distance qui s'installe là et qui se solde en définitive par un effondrement du cadre nosographique laborieusement édifié par Kraepelin, dans un plan donc où la perspective bleulérienne apparaît comme l'antithèse de la perspective kraepelinienne, du moins en ses débuts ; ensuite par une première porte ouverte, non sans risque par conséquent, à l'intégration au groupe des schizophrénies d'une large partie de la pathologie mentale susceptible de se modeler, dès lors, dans la vision psychiatrique (comme ce fut le cas en Allemagne notamment et en dépit des résistances de Bleuler), sur un *syndrome nucléaire* en passe de devenir de plus en plus flottant. Enfin l'apport de Bleuler se solde par une seconde porte ouverte, probablement encore plus inquiétante, à ce que Ey appelle la « volatilisation du concept de schizophrénie ». Plus rien ne reste alors (comme ce fut le cas dans la psychiatrie anglo-saxonne notamment) de tel cadre éventuel plus ou moins rigoureusement conservé, tout se dilue dans des notions comme celles de réactions schizophréniques, de schizophrénies aiguës, voire de névrose narcissique schizophrénique.

On conçoit peut-être mieux que l'étape bleulérienne, en dépit de tous ses mérites, n'ait pas entièrement effacé ceux de l'étape précédente et que, en-deçà de Bleuler, on puisse conserver à Kraepelin une certaine fidélité, au moins là où

le nosologique continue à être nécessaire dans le repérage clinique.

RACCOURCI VERS LE MOMENT PRÉSENT

5.8. Il serait certes assez vain de vouloir adopter la perspective de l'histoire à propos de l'époque actuelle, qui aussi bien ne semble pas encore dessiner les traits d'une étape nouvelle. Soulignons plutôt quelques tendances, contradictoires sans doute, qui coexistent assez pacifiquement.

Comme le marque par exemple le travail de Wyrsch (1949), on tend à insister aujourd'hui, en matière de schizophrénie, sur la *dynamique de la personne* engagée dans cette terrible affaire. Car il est profondément vrai, comme l'écrit Wyrsch, que « ce qu'on ignore encore c'est comment une schizophrénie se présente dans le monde, comment son propre univers et celui des autres interfèrent de mille manières » (Bibl. N° 10, p. 5). L'optique tend donc à se déplacer vers la personne mais, si nous osons dire, vers la personne « en charnière ». D'autre part, comme le marque l'effort de Ey, c'est à un incontestable raidissement nosographique que l'on assiste aujourd'hui : aussi bien dirigé contre les frontières mouvantes de la schizophrénie bleulérienne que destiné à faire barrage à la vieille tentation de redéfinir, par le truchement de la volatilisation schizophrénique, une folie unique. Cela, même si parfois il y a là à redire dans l'emploi de concepts peu corrigés, comme par exemple dans la formule à l'emporte-pièce de Ey : « L'un et l'autre (Kraepelin et Bleuler) se complètent mais à condition d'abandonner la définition par la démence selon Kraepelin et d'abandonner l'absence de chronicité selon Bleuler » (Bibl. N° 2, p. 155) puisque, aussi bien, cet effort de redressement apparaissait comme de nécessité.

5.9. Il y a d'autres tendances contradictoires, plus importantes encore. D'une part, l'impression paraît grandissante, chez les praticiens, que la démence précoce ou schizophrénie, traitée voire surtraitée dans l'ordre biologique, et sans doute de plus en plus précocément, se met à changer de visage, notamment à s'émietter, à s'appauvrir au regard de la richesse sémiologique d'antan, sans qu'il puisse pourtant être déjà question de préciser au-delà cette impression générale. D'autre part, l'impression paraît parallèlement grandissante que la manipulation extra-hospitalière de ces malades retire littéralement aux évolutions ce terrain de culture asilaire où s'étaient effectuées les grandes études classiques, aussi bien celles de Kraepelin que de Bleuler. Enfin, dans la mesure où des tentatives neuves commencent à se faire jour, en matière de thérapeutique schizophrénique (psychanalyses individuelles et psychodrame d'inspiration analytique notamment), le sol paraît là aussi s'affermir peu à peu pour l'appréciation d'évolutions nouvelles selon des structures psychotiques de plus en plus méconnaissables au regard des descriptions classiques.

Encore une fois il serait prématuré de vouloir cristalliser là une appréciation définitive. Raison de plus, sans doute, pour éviter de rejeter légèrement l'héritage historique. D'une certaine façon, l'histoire des vues dans ce domaine, comme dans bien d'autres, doit ressembler à une spirale dont chaque moment nouveau doit envelopper, en même temps qu'il le « dépasse » certes, le moment précédent pour une pénétration où *tout* est à retenir. A considérer les choses autrement, c'est-à-dire en tirant un trait méprisant sur ce passé, comment ne pas se perdre sur un terrain où le nouveau visage éventuel, encore incomplètement profilé, de la schizophrénie ne le sera aussi bien que pour une courte époque seulement.

Les voies d’entrée dans la schizophrénie

5.10. On ne saurait mieux introduire le problème des voies d’entrée dans la schizophrénie qu’à l’aide des termes utilisés par Wyrsch. « Les expériences ont montré, depuis bien longtemps, qu’une schizophrénie peut survenir brutalement ou insidieusement. Le terme « brutal » ne doit pas impliquer que, dans chaque cas, la maladie ébranle comme un cataclysme inattendu et apoplectique la personne d’un malade, déjà schizoïde ou même tout à fait normal à cet égard. Il nous semble que cela peut effectivement présenter cet aspect, à l’encontre de l’opinion de E. Bleuler, mais le plus souvent, il se produit comme un tremblement de terre s’annonçant par des fendillements et des mouvements du sol — les signes avant-coureurs ou les prodromes de la maladie — et finalement, il s’agit bien d’un événement brutal, certes, mais non inattendu » (Bibl. N° 10, p. 81). Que le début soit aigu ou insidieux, comme il est classique de le distinguer, les manifestations cliniques premières de la schizophrénie sont en effet exceptionnellement franches. Et il conviendra donc de rechercher minutieusement dans tous les cas, aigus ou insidieux, tous ces « fendillements » et « mouvements du sol » dits par Wyrsch, précurseurs de ce « tremblement de terre » qu’est toujours la schizophrénie quand elle est déclarée.

Il y a à cela plusieurs raisons. D’abord l’expérience schizophrénique authentique est toujours, et quel qu’en soit le cours, une « catastrophe » vitale (Tosquelles), une « mutation » dramatique (Follin) écrasante pour la vie ultérieure de qui en est victime. Ensuite, et complémentairement, il y a urgence à prendre aussitôt que possible les mesures de traitement et d’environnement ajustées à chaque cas en fonction de cette éventualité vitale dramatique, qui doit être affrontée dans les

meilleures conditions. Enfin, même sans être hanté par la gravité d'un diagnostic toujours implicitement assombri par le pronostic traditionnellement péjoratif qu'il comporte, la prudence dans l'affirmation (« il faut savoir attendre », dit si justement Ey) est en même temps de rigueur. Cette prudence fera donc à peu près obligatoirement perdre beaucoup de temps, tant sont grandes les « incertitudes » (Follin) à ce stade.

LA PÉRIODE PRODROMIQUE

5.11. Il faut ainsi ouvrir cette étude clinique des voies d'entrée dans la schizophrénie par un inventaire de tous ces petits indices, en eux-mêmes aucunement pathognomoniques, ni même significatifs, mais qui peuvent devenir tels par leur groupement, leur organisation, leur progression : en suivant de près la très remarquable analyse qu'en donne Ey dans ses chapitres de « l'Encyclopédie médico-chirurgicale ».

Dans le domaine général de l'activité

5.12. L'âge de la schizophrénie est, le plus souvent, celui de l'adolescence ou de la post-adolescence. C'est pourquoi les tout premiers indices qu'on recueillera généralement chez ces jeunes gens (combien trompeurs, on va le voir) sont de nature oppositionnelle aux activités usuelles de cet âge.

Une chute de l'activité scolaire sera souvent tout ce qu'il y a de notable. Elle se manifestera par une moindre aptitude au travail mêlée à une baisse de l'intérêt pour le travail. L'entourage, surpris par ce contraste subit, fera le constat de longues heures apparemment inactives passées par le sujet devant le cahier ou le livre. On incrimine alors fréquemment une fatigabilité psychique, escomptée passagère, un moment difficile de la croissance ou, simplement, une difficulté insolite, inhabituelle à l'étude.

On commencera à s’alarmer en enregistrant des mauvaises notes en cascade, une chute dans le classement des compositions, un échec aux examens.

Tout ceci vaut d’autant plus par contraste (et il faudrait déjà dire en discordance), quand le sujet habituellement est, dans les tâches scolaires, sinon brillant (ce qu’on a peut-être trop dit), tout au moins studieux.

Un « syndrome initial d’apathie » (Ey), de manifestation plus extrascolaire, sera, dans d’autres cas, ce qui retiendra en priorité l’attention. On note que tel jeune homme « se laisse aller » dans sa toilette, dans sa tenue vestimentaire, sans avoir auparavant marqué de penchant pour une tenue débraillée ; que telle jeune fille abandonne toute velléité de rangement au moins dans la part de ses affaires personnelles à laquelle elle confère d’habitude un caractère d’intimité. A un degré de plus, la malpropreté corporelle et le désordre dans la chambre deviendront franchement consternants.

Chose importante : on peut déjà recueillir le sentiment que le petit monde le plus immédiatement familier à ces jeunes gens commence à *se figer* dans cet empoussièrement premier auquel ils ne paraissent pas tenter de s’opposer. Tout se passe comme si déjà la montre, qui en règle d’ordinaire le mouvement, s’était arrêtée.

Une baisse de l’activité de travail peut enfin s’avérer de premier plan quand le mode de vie de ces jeunes gens n’est plus scolarisé. On peut s’apercevoir alors, même si cela est parfois moins net, que le travail auparavant régulier se marque de caprices, de trous, d’arrêts. A un degré de plus, ce sera l’instabilité au travail, le changement de place par trop fréquent au regard des délais habituels, les déambulations et les flâneries sans but apparent qui remplacent les heures de présence. A la limite ce sera le refus complet de quelque activité que ce soit. C’est comme si déjà s’amorçaient là, et, de fait, sans transition

nettement tranchée dans ce qui est observable, les fugues dont il sera question plus loin.

Comment cet ensemble est-il vécu par le sujet ?

Parfois le sujet, acculé à l'explication que son entourage lui demande, accuse très conventionnellement une problématique fatigue. Le plus souvent, il apparaît d'une insouciance paradoxale à l'égard de cette dégradation débutante, comme si, en même temps, elle ne le concernait pas vraiment et s'assortissait pourtant d'une certaine perplexité, d'un certain malaise, voire d'une certaine étrangeté dont il tente d'éluder la sollicitation. Chose importante, la célèbre indifférence schizophrénique paraît déjà s'amorcer là avec toutes les ambiguïtés que nous lui retrouverons plus loin. Quoi qu'il en soit, ces altérations de l'activité, plus ou moins sujettes à hauts et bas aux sollicitations des familiers, s'étalent sur des mois. Elles agacent d'abord puis inquiètent l'entourage. C'est donc auprès de celui-ci essentiellement qu'il faudra pousser l'investigation.

Dans le domaine de l'humeur, du caractère et de la conduite

5.13. Bien sûr, comme le note Ey, cette sphère n'est séparable que didactiquement de la sphère précédente de *torpeur* intellectuelle et psychomotrice. Pourtant, ce clivage sémiologique ne sera pas sans intérêt si, sur le fond général déjà évoqué, on relève des modifications plus franchement insolites.

Soit des modifications un peu plus évocatrices

On note, par exemple, chez cette jeune fille qui montrait jusque là une expansivité plutôt fatigante, que le langage se met à se raréfier au profit de ce qui apparaît comme assez constante rêvasserie. Ou bien, c'est ce jeune homme

qu'on ne voit plus rire ou sourire sauf contrainte mais visible, qui paraît absent aux usuels propos de la table tout en sauvant encore, mais de façon ostensiblement convenue, quelque apparence, qui fait un retrait systématique dans sa chambre dès le repas achevé pour s'allonger sur le lit, des heures durant, porte bouclée pour se défendre des regards indiscrets. C'est aussi cet autre qui, naguère à l'affût des nouveautés, abandonne la lecture du journal, ne s'intéresse plus aux émissions radio-télévisées, élude sous des prétextes futiles les sorties tant avec ses camarades qu'avec sa petite amie.

Tout se passe donc comme si la rêverie, banale, commune, à cet âge de la vie, s'approfondissait là jusqu'en ses limites apparemment contradictoires de *vide* et de *pétrification* ; ces manifestations sont donc bien complémentaires de la torpeur évoquée plus haut.

Soit, à un degré de plus, des modifications plus paradoxales

Retenons quelques exemples topiques parmi des nuances infinies. Tel adolescent qui ne lisait jamais de livre se met subitement à dévorer systématiquement l'œuvre de Sartre dont l'accès ne lui a été aucunement préparé. Tel autre se met à collectionner d'incroyables détritus : bouts de journaux ou de papiers déchiquetés, cailloux sans aucun intérêt minéralogique et autres objets innommables qu'il ne vient à l'idée de personne de rassembler. Tel autre se met à prendre en grippe père ou mère (ou les deux), naguère démonstrativement aimés, ces « haines familiales » classiques étant susceptibles d'aller jusqu'à la menace (y compris celle de mort) et l'impulsivité dans un contexte qui évoque déjà fortement l'ambivalence de la schizophrénie confirmée (cas du fils qui bat la mère qu'il adore).

On pourrait indéfiniment multiplier la liste de ces « tocades », de ces « coups de foudre », de ces « excentricités », soulignés par Ey, et dont seul le caractère

saugrenu, détonnant, les distingue, et assez mal à vrai dire, des engouements courants de cet âge.

Soit, enfin, des modifications plus phantasmatiques

S'il est classique de souligner à cette phase l'« apragmatisme sexuel » des sujets, faisons pourtant cette réserve que la conduite sexuelle peut difficilement être considérée comme fixée, stabilisée chez des jeunes gens de cet âge. La référence ne sera donc là assurée qu'assez exceptionnellement. Plus significatives seront, mais bien sûr quand elles seront, la masturbation érigée à hauteur d'une activité majeure et mal déguisée, la fréquentation soudaine de prostituées de la part d'un garçon fort peu hanté par les problèmes sexuels.

Surtout, seront significatives, dans un registre plus éloigné de la réalité, les longues heures béantes passées devant le miroir, selon un narcissisme doublement impressionnant, à la fois parce que l'acte de se regarder dans le miroir, habituellement furtif, est désormais permanent et parce que cette contemplation de soi apporte de façon éclatante la révélation de la sphère débutante des troubles du moi en rapport avec l'entourage.

Comment cet ensemble est-il vécu par le sujet ?

Le vécu est aussi directement informe que ce qu'en accusait, au paragraphe correspondant, le chapitre précédent. C'est comme si le *gel,* plusieurs fois évoqué ici, concernait le vécu au premier chef et à la façon d'une sorte de stade initial sur la voie de la phénoménologie de sa dissociation dont parle Follin. On ne recueillera donc là le plus souvent que des signes ténus, indirects, notamment dans la trame même de cette humeur maussade, morose, parfois triste, de ce caractère instable, ombrageux, irritable, susceptible d'explosions. Ceux-ci sont l'habituel accompagnement, mais, pour leur saisie spécifique, le

vocabulaire psychologique ou psychiatrique usuel doit avouer sa carence. En principe, quand la sémiologie schizophrénique aurait ainsi précisé ses traits, c'est qu'on aurait atteint déjà une phase plus avancée que la phase prodromique dans la catastrophe schizophrénique.

En réalité, il est exceptionnel que le tableau prodromique se complète selon le schéma linéaire d'un exposé. Longtemps le processus schizophrénique restera terriblement parcimonieux. Ce qui fait que, même une fois précisé selon tel ou tel versant, l'affirmation du processus ne va pas sans une large marge d'erreur restante. La prudence doit donc continuer au regard de ce qui reste encore largement en-deçà d'une confirmation : il faut notamment guetter quel est le *groupement* de ces indices, qui, lui, est évocateur de la phase suivante.

LES VOIES D'ENTRÉE PROPREMENT DITES

5.14. C'est à l'occasion de ces voies d'entrées qu'en règle générale le diagnostic sera sérieusement proposé : car l'entourage se rassure trop souvent, dans la précédente période, en invoquant une déception sentimentale inconnue, une crise d'originalité juvénile prolongée, les difficultés spéciales de la puberté, etc. C'est donc dire aussi que l'investigation soigneuse de la période antérieure pourra prendre ici toute sa valeur pour le diagnostic à la lumière rétrospective d'une aggravation, qui peut alors procéder selon quelques figures classiques.

Organisation insensible du tableau

5.15. Parfois, tout le tableau des bizarreries longuement évoqué ci-dessus se compose de façon relativement suggestive, sinon complète, bien que dans une lente progression souvent étalée sur des mois. On peut alors recueillir cliniquement l'impression de passer sans transition de la période prodromique à la période de

schizophrénie constituée, sans fracas spécialement spectaculaire. Nous n'insisterons pas sur cette éventualité puisque le diagnostic s'opère alors sur la base des éléments que nous envisagerons au chapitre suivant.

Les réactions impulsives

5.16. Parfois, sur un fond plus ou moins fruste de manifestations prodromiques, c'est une *réaction impulsive* qui donne la signature schizophrénique. Ici, ce sont des *fugues.* En elles-mêmes certes elles sont banales ; c'est l'« un des traits du comportement les plus habituels de la « réaction » infantile et juvénile », comme le note Ey. Mais elles attirent peut-être l'attention par leur répétition et les conditions qui les entourent, à savoir une absence remarquable de motivation ou une réelle inconsistance de la motivation. Ailleurs, ce sont des *tendances suicidaires.* Elles sont moins banales, encore qu'on en puisse discuter, mais attirent l'attention par leur caractère classique d'exécution à froid, susceptible d'ailleurs de découvrir derrière ce masque un fond torpide d'anxiété. Ici encore, pas de motivation nette ou motivation anodine. Là, c'est une *impulsivité pseudo-homicide,* soulignée, peut-être complaisamment, par la littérature. En fait elle est souvent plus le prolongement des haines familiales déjà memtionnées que franchement meurtrière.

Le syndrome délirant et hallucinatoire

5.17. Parfois c'est un *syndrome délirant* et *hallucinatoire* qui ouvre progressivement la schizophrénie. Les idées délirantes d'influence, d'hypocondrie, de dépersonnalisation, de transformation corporelle sont les thèmes les plus typiques de ce mode d'entrée, sans que les thèmes de persécution, d'érotomanie, de mégalomanie, soient pour autant exceptionnels dans des poussées qui évoquent souvent le mode de l'expérience délirante

primaire avec son cortège de transformation anxio-oniroïde à la charnière du moi et du monde. On se méfiera spécialement du « syndrome d'influence » (Baruk) ou du début dit *idéologique* avec ses extravagances scientifico-métaphysiques, ses préoccupations abstraites, sa note excessive dans l'ordre rationaliste ou métapsychique, politique ou théologique. Il est entendu que, là aussi, il faut une certaine tonalité prodromique, ou déjà le contexte de la période confirmée, pour être en état d'affirmer le diagnostic.

Dans ces trois premières éventualités, le tableau de départ est, du moins en principe, évocateur. Dans d'autres éventualités, en revanche, le tableau initial est trompeur, notamment dans les éventualités de départ aigu que nous nous bornerons à citer.

Les épisodes aigus

5.18. Parfois c'est un *épisode aigu* qui constitue la voie d'entrée dans la schizophrénie, selon des modalités déjà évoquées dans ces chapitres. On pourra relever ainsi un épisode dépressif, mais de tonalité moins franchement hypothymique que pseudo-psychasthénique ou pseudo-neurasthénique, un épisode d'excitation mais moins chargé, plus inégal que dans le tableau maniaque, un épisode confusionnel éventuellement stuporeux, onirique ou oniroïde, mais non sans quelque note marginale au regard des descriptions classiques. Ailleurs, c'est un épisode délirant, parfois semblable à la bouffée délirante, parfois sans transition tranchée avec le mode d'entrée délirant progressif, d'autant que celui-ci est susceptible de se jalonner de moments féconds qui découvrent le processus. Evoquons enfin, pour autant qu'il soit de manifestation aiguë, un épisode névropathique, spécialement dans ces formes qui évoquent, de près ou de loin, la clinique hystérique.

Dans tous ces cas, le tableau clinique est certes « trompeur », puisqu'il emprunte ses traits sémiologiques à d'autres cadres psychiatriques. Toutefois, la *note schizophrénique* sera évoquée, en règle générale, en fonction du caractère « atypique » du tableau au regard de la sémiologie traditionnelle du cadre correspondant. Le plus souvent pourtant, il faut le reconnaître, elle ne sera vraiment donnée que par les manifestations de discordance et de dissociation qui ne tarderont guère à se profiler derrière ces visages d'emprunt.

Critères précaires, au bout du compte, que constituent ces voies d'entrées proprement dites. Tant il est vrai qu'ils renvoient toujours à autre chose qu'à eux-mêmes, à un avant ou à un après. Mais ces critères doivent faire penser à la schizophrénie, précisément en fonction de cette sorte de creux ou de manque. Induire la possibilité d'une évolution schizophrénique chez un adolescent à partir d'une tendance suicidaire à froid ou d'une faille dépersonnalisante, d'une poussée délirante traînante ou d'une dépression atypique, cela reste un diagnostic d'attente que viendra vite confirmer ou infirmer la suite de l'observation.

La période de schizophrénie confirmée (essai d'inventaire sémiologique)

5.19. Rien n'est sans doute plus difficile en clinique psychiatrique que l'exposé du syndrome schizophrénique parvenu à la période d'état. Outre le fait que les tableaux réalisés ont, d'un cas à l'autre, un caractère protéiforme si particulier qu'ils laissent toujours incomplète la description la plus heureuse, il se pose de surcroît un problème sous-jacent de méthode. En effet, l'approche sémiologique, par définition analytique, reste impuissante à mordre en

profondeur sur un ordre de réalité que l'approche psychopathologique seule pourrait valablement cliver, spécialement pour tout ce que la sémiologie schizophrénique laisse en marge de la démarche clinique traditionnelle comme impénétrable ou indéfinissable. Or ceci reste une gageure que n'autorise pas le « savoir » actuel.

Nous en resterons pourtant au plan de cet inventaire sémiologique. D'une part à cause de la richesse de la moisson qu'il permet en matière d'éléments à partir desquels on fait ce qu'on appelle traditionnellement en médecine un diagnostic positif. D'autre part, parce qu'il permet quand même d'éliminer tout ce qui est ici à quelque égard superflu psychopathologiquement parlant. Enfin, parce que, assez curieusement, c'est quand même ce noyau clinique qui finit par dessiner aujourd'hui, mais en changeant alors de plan, la première ossature d'un savoir qui nous paraît authentiquement psychopathologique.

5.20. C'est selon les deux concepts jumelés de ***dissociation*** et de ***discordance*** que nous étudierons ici la rupture de l'unité psychique schizophrénique. Il faut rappeler d'abord que leur paternité respective revient à Bleuler (1911) et à Chaslin (1912) ; le premier a d'ailleurs souligné par la suite l'équivalence des deux termes (1926) de toute son autorité.

Pourquoi maintenir alors la double dénomination ? Parce qu'il nous semble quand même que les deux termes se complètent plus qu'ils ne se recouvrent exactement, tout en essayant d'appréhender une même réalité : *dissociation* implique plutôt une notion sous-jacente de processus tandis que *discordance* tend à viser un contexte de rapports.

Quoi qu'il en soit de ce qui n'est là de toute façon qu'une question de nuances, faut-il définir préalablement ces deux termes ? Il ne le semble pas. Il paraît préférable de les laisser, si l'on veut, se définir et se préciser peu à peu d'eux-mêmes dans toute leur ampleur à mesure que l'on va

progresser dans l'inventaire sémiologique classique, c'est-à-dire à mesure que nous pénétrerons cette schizophrénie confirmée, conformément à une tradition qui veut que l'on aille du plus superficiel au plus profond, du plus apparent au plus secret. Aussi bien, come nous le verrons, discordance et dissociation n'ont-elles dessiné leurs contours généraux, dans la pensée même de leurs initiateurs, qu'au long d'une familiarisation clinique prolongée et réfléchie avec des malades dont le visage, au moins premier, prête quand même éminemment à l'éparpillement sémiologique.

DANS LA SPHÈRE GÉNÉRALE DE L'ATTITUDE ET DU COMPORTEMENT

5.21. Nous restons ici dans le cadre d'une sémiologie encore assez objective où la « désorganisation basale de la vie psychique » schizophrénique (Ey) va commencer à s'ébaucher significativement, bien qu'encore à la façon d'une donnée lointaine. Plusieurs niveaux se présentent à cet égard à l'observation attentive.

Au niveau de la mimique

5.22. Sur fond d'un certain figement, d'une certaine atonie de l'expressivité mimique (qui n'attirent qu'épisodiquement l'attention) le ***parasitisme mimique*** est très évocateur.

Celui-ci s'indique souvent selon telle ou telle grimace, qui au premier abord n'attire l'attention que par la lenteur enroulée de son développement (à la différence du tic) et sa propension à la réitération (clignement des paupières par exemple). Il peut apparaître aussi à la façon plus marquée d'une ***paramimie,*** véritable « discordance de l'expression » (Dromard) où, par exemple, sourcils et front se froncent tandis que la bouche sourit, en contradiction par conséquent aux synergies usuelles. Un degré de plus

encore et c’est le fameux ***sourire discordant*** où l’expression figurée du sourire sardonique apparaît comme libérée dans son inadéquation même par rapport au plan émotionnel éventuellement évoqué. Tout ceci est évidemment plus ou moins évocateur, contrairement à ce que pourrait donner à penser une distinction schématique.

Au niveau de l’attitude

5.23. On peut découvrir ici, sur le même fond d’hypokinésie, quelques indices du fameux ***négativisme*** que nous retrouverons plus loin : poignée de main qui se dérobe après s’être d’abord abandonnée ou poignée de main qui se refuse ; raidissement d’ensemble du corps à l’approche d’autrui ; silences avant les réponses suscitées ou réponses comme délibérément narguantes voire provocatrices dans leur insignifiance, dans leur nullité ; retraits (corps et langue) comme de dédain, de méfiance, d’hostilité, etc.

Il est, bien sûr, malaisé de faire la part exacte de ce qui est déjà opposition et de ce qui n’est encore que distraction ou absence, dans un contact pourtant significativement médiocre et déroutant pour l’interlocuteur.

On peut retrouver aussi, saillant sur « ce mélange d’obstruction et d’apathie » (Ey), *les stéréotypies gestuelles* beaucoup plus caractéristiques. Elles ne vont pas sans trait commun avec le parasitisme mimique dans leur développement lent et itératif : soit qu’il s’agisse d’un automatisme banal évoquant le tic (tels les gestes de passage de la main sur le front, sur la tempe, dans les cheveux, tels encore les gestes de grattage du nez, de friction des mains, etc.) ; soit qu’il s’agisse d’un automatisme moteur plus élaboré, plus éloigné du tic (par exemple le geste d’élévation franche et haute des deux bras avec redressement du tronc et amorce de lever du siège) ; soit qu’il s’agisse encore de stéréotypies plus complexes, de

valeur plus symbolique dit-on (déambulation machinale, conduite de ramassage).

Notons qu'il n'est pas toujours facile, contrairement à ce qu'on pourrait croire, de fixer la gravité qualitative du cas relativement au degré d'approfondissement apparemment quantitatif de l'une à l'autre de ces sphères de la stéréotypie.

Au niveau des conduites

5.24. Même en laissant à part ces *actes cocasses* dont raffolent les manuels de psychiatrie ou ces dramatisations plus ou moins clownesques (génuflexion front contre terre, crucifixion, etc..) que Kahlbaum a décrits sous le nom de *Patheticismus,* il est bien rare que la clinique schizophrénique ne témoigne pas, dans les conduites, de deux symptômes fondamentaux, *le maniérisme* et *le théâtralisme.*

Déjà la lenteur enveloppée et répétée des stéréotypies, et d'autant plus qu'elles sont élaborées, respire l'affectation. Souvent c'est toute la conduite qui prend, au moins par moments, devant l'observateur un air de surcharge, notamment par minauderie, voire par bouffonnerie soudain insinuées dans le ton comme dans le propos ou le geste. Cette conduite manifeste, bien sûr, toute son apparence de gratuité ou de caprice, lorsqu'elle survient chez ce malade dont on notait, l'instant d'avant, le raidissement, car il est alors surpris comme à « faire des manières », à être devenu sans naturel.

Quelquefois enfin, et on conçoit bien qu'il n'y a pas ici plus de transition du maniérisme au théâtralisme que de la stéréotypie au maniérisme, la conduite d'ensemble (et non plus tel moment apprécié de façon plus ou moins différentielle) peut aller jusqu'à donner l'impression que le malade est en représentation. Tout se passe comme si, dans la distance même que le mauvais contact établit de lui à

nous, la facticité devenait maîtresse alors de la conduite, et non pas simple élément surajouté.

Donc, dès la présentation, pour peu qu'elle ait occasion de se prolonger, on peut recueillir un certain groupement de données psychomotrices étranges, encore que le plus souvent discrètes. En elles-mêmes, elles ne signent sans doute pas encore très lisiblement dissociation et discordance. Plus exactement, elles n'en dessinent que le pan le plus extérieur. Mais elles sont inquiétantes déjà par leur position marginale unique en pathologie mentale et vont être bientôt précisées dans la lecture possible de cette signature par d'autres données de l'analyse clinique qui vont les recouper aussi bien que les éclairer.

DANS LA SPHÈRE DE LA VIE INTELLECTUELLE (LES TROUBLES DU COURS DE LA PENSÉE)

5.25. Il faut tenir compte ici de ce fait noté par Morselli : « La formulation doctrinale chez Eugen Bleuler se ressent à n'en pas douter de l'influence de l'associationnisme » (Bibl. N° 12, p. 540. A certains égards, la prise clinique qui va suivre pourra donc apparaître un peu désuète. Pourtant, les troubles de cette sphère constituent la *forme* même de la pensée dissociée, car c'est sans doute dans ce plan que l'intuition bleulérienne s'applique avec le plus de bonheur. On distingue habituellement, dans ce chapitre, les troubles du cours de la pensée et les distorsions du langage.

Les troubles du cours de la pensée proprement dits

5.26. Le schizophrène est souvent un malade dont la parole est de prime abord directement révélatrice de *troubles du cours de la pensée.* Par exemple, dans tel cas, les temps de latence des réponses aux questions posées seront allongés ; dans tel autre le démarrage de la parole se fait ou se poursuit dans un murmure, peut-être parasitaire, comme en *aparté,* comme entre les dents ;

ailleurs encore la tonalité de la voix du sujet qui répond est sans couleur, basse, au seuil de l'audibilité, monocorde, sans accent.

D'autre part, ces troubles peuvent encore se révéler, soit sur un tel fond, soit de façon plus ou moins isolée, sous forme *d'éclats,* de manifestation sans doute plus rare et d'appréciation toujours délicate. Ici, ce sera le classique *coq à l'âne,* triomphe de la théorie et de la méthode associationniste dans l'observation de la schizophrénie ; là, ce sera le célèbre phénomène de *barrage,* « fading mental » (Guiraud), au cours duquel la parole du malade s'éteint puis s'éclipse quelques secondes, comme dans une absence ou une indifférence qui précisément fait le fading, pour se reprendre ensuite de façon plus ou moins ajustée. Ailleurs ce sera le célèbre phénomène de *réponse à côté* (Ganser), où la parole du malade s'évade dans des sentiers étrangers à la question posée (moins fréquemment d'ailleurs que sa proche parente, la distraction).

A mesure que l'examen se prolonge, probablement en interférence avec une certaine fatigabilité, des troubles plus discrets mais plus profonds sont également susceptibles de se dessiner. Dans tel cas, la parole hésite, s'empêtre, piétine, patine, dérive, saute, s'embrouille, difflue, s'interrompt, comme si littéralement se filmait en elle un fil des idées qui ne parvient pas ou ne parvient plus à se suivre. Dans tel autre se profilent peu à peu sur ce fond un appauvrissement de l'activité idéatoire, une stérilité dans les résultats de l'effort et un flou général de la pensée.

On n'est pas loin alors des stéréotypies verbales qui sont le pendant dans la parole des stéréotypies motrices déjà évoquées. Parfois elles prennent la forme de répétitions, plusieurs fois de suite, de mots *(palilalie)* ou de répétitions en écho du dernier mot de l'interlocuteur *(écholalie).* Parfois le trouble s'exprime fondamentalement non dans le

sens de la raréfaction mais dans celui de l'excitation de la parole ; c'est la *verbigération* ou *salade de mots.*

Les distorsions du système du langage

5.27. On a multiplié les analyses en distinguant chez les schizophrènes des altérations dans l'ordre sémantique et logique du langage, ou encore en insistant sur son aspect déréel, sa régression magique ou archaïque. Nous essaierons de nous en tenir ici à un niveau plus fondamental.

Moins rare que le *néologisme,* très remarquable quand il existe, c'est une certaine *distorsion néologique* dans l'utilisation du langage que paraît créer la schizophrénie. Elle va jusqu'à donner le sentiment d'une sorte d'évasion, d'autonomie et en même temps d'inadéquation du langage, au demeurant le plus souvent discrètes (le langage hermétique décrit par Teulié est quand même rare). Lorsqu'on est amené à la préciser, elle apparaît fondamentalement, au niveau de nombreux mots, comme une espèce de déplacement du sens, de sorte que tel vocable usuel paraît prendre dans le propos du malade un sens assez insolitement autre que ce qu'on en connaît. Ceci ouvre d'ailleurs l'observateur à l'étrangeté comme à l'impénétrabilité schizophrénique, sous réserve qu'il remarque et s'arrête là où il peut être à son insu tenté de corriger, tant le déplacement sémantique peut être léger, insensible. Comme l'écrit Ey, le « schizophrène n'emploie plus les mots dans le sens du « langage de la tribu » (Bibl. N° 1, p. 5), mais en fait un usage personnel » sur le plan d'une « altération des concepts », qui exprime évidemment aussi les troubles du cours de la pensée.

A côté de cette utilisation néologique du langage, la fameuse *tendance à l'abstraction* schizophrénique, qui trouve peut-être bien là ses racines, a évidemment même valeur et même signification. Dans ce domaine, le

rationalisme morbide, dont Minkowski rapporte de remarquables observations, est aussi rare que le langage hermétique. Beaucoup plus fréquent est une sorte de péché d'abstraction, fondamental chez ces malades. Mais cette abstraction apparaît en relation avec ce qui s'est dégagé précédemment : tout se passe en effet comme si, la capacité sémantique usuelle s'étant pulvérisée, l'effort conceptuel communément requis, dans un entretien par exemple, se faisait avec un instrument désaccordé. Autant dire que l'abstraction dont le malade peut paraître être le virtuose est une abstraction vide, sans prise, fallacieuse. Dans son appréciation, d'ailleurs, il faut faire la part de l'illusion de l'observateur, pour autant qu'il interprète et renoue des fils là où sévit une impuissance fondamentale, encore que plus ou moins masquée, refroidie, indifférente.

Sans doute ces nuances dans ce qui est « discordance » et « dissociation » dans l'ensemble du système pensée-langage peuvent-elles apparaître de prime abord par trop subtiles ou par trop minces et concédant au mode de pensée atomistique dans un plan où forme et fond sont spécialement indissociables. Mais c'est probablement tout le problème psychopathologiquement posé par la schizophrénie, au moins dans le domaine intellectuel, qui s'amorce en ces différents plans de clivage, dans la mesure où ce qui paraît s'y engager, quels qu'en soient la nature et le nom, se confond, coïncide primordialement avec de telles « dissociations » particularisées.

Quoi qu'il en soit, et même si l'on peut considérer comme verbal le terme de « processus primaire » que Bleuler introduisait là, on commence pourtant à voir prendre corps la validité clinique de son concept central, dans la mesure où il apparaît fondamentalement comme un moyen de rassemblement pour tout un éparpillement de nuances cliniques, qui resteraient sans lui indéfinissables, voire insaisissables.

DANS LA SPHÈRE DE LA VIE AFFECTIVE

5.28. Après Kraepelin qui, comme nous l'avons vu, avait fini par valoriser la démence affective (*affektive Verblödung*) dans la démence précoce, Bleuler a, à son tour, souligné ce plan en indiquant que la « dissociation intellectuelle » se combine avec la « dissociation affective ». « Les sentiments sont, comme les concepts, fragmentés », écrit-il. Toutefois, la sphère de l'affectivité se prête sans doute telle quelle particulièrement mal à l'approche associationniste, spécialement vouée, en fonction de sa perspective atomistique, à se trouver ici noyée dans une mer d'impénétrabilité. Cela, il faut le dire d'entrée, ne serait-ce que pour éviter tout lyrisme ou tout verbalisme de compensation. Voyons pourtant ce qu'il en est dans cette perspective, peut-être plus unificatrice qu'elle le paraît. L'affectivité du schizophrène se révèle classiquement selon deux travées fondamentales, qui, sauf à rester statiques, doivent être reliées.

L'indifférence émotionnelle

5.29. Entendons-nous bien. La notion classique de fléchissement instinctivo-affectif, avec athymie ou hypothymie, ne saurait être prise au pied de la lettre. Tous les travaux modernes partagent la même unanimité véhémente pour ne plus voir dans le schizophrène un indifférent. Cette « indifférence » n'est évidemment qu'apparente, plus ou moins à la façon d'une résultante projective de la part d'un observateur déconcerté par la position de chose même où il laisse ou met le malade. En fait il s'agit d'un mélange spécialement discordant d'indifférence émotionnelle sur certains points ou à de certains moments et d'hyperesthésie émotionnelle sur d'autres points ou à d'autres moments.

En effet, c'est le même sujet qui paraît vivre dans la plus complète insensibilité morale (rien ne l'émeut, rien ne le

passionne, rien n’excite ses désirs, rien n’entraîne sa joie) qui, de la façon la plus déconcertante, dans ce qui apparaît comme un retrait, une mise à l’abri, voire une claustration systématique, présente soudainement une fusée émotionnelle parfaitement ajustée. Celle-çi apparaît alors comme un réveil de l’affectivité, dont c’est la normalité incidente même qui peut sembler paradoxale sur ce fond. On peut donc effectivement parler de disjonction, de dislocation, de fragmentation ou de dissociation affective, mais il ne faut pas l’entendre à la façon statique d’une mosaïque où il y aurait, selon des modalités irrégulières, des îlots perdus et des îlots conservés dans la sphère affective. C’est dans sa dynamique même que l’affectivité schizophrénique apparaît irrégulière et disloquée. L’indifférence, la froideur, le désintérêt dans ce domaine ne sont sans doute là qu’un masque qui couvre une sorte d’échappée à tout ce qui correspond à nos règles de repérage conventionnel. Ceci implique du même coup qu’on ne puisse guère envisager cette indifférence sans référence au pôle contraire.

C’est en tout cas avec ce tempérament qu’il faut recevoir la notion classique en France d’***athymormie*** énoncée par Dide et Guiraud et qu’ils définissent comme une « perte de l’élan de l’âme cénesthésique et affective » ou « perte du contact vital avec la réalité » dans la définition de Minkowski.

Le négativisme

5.30. Morel, dès les premières descriptions, évoquait déjà le « nihilisme » de ces malades. Et celui-ci reste classiquement depuis une autre disposition fondamentale de l’affectivité schizophrénique, si l’on entend par là toute cette gamme de bouderie maussade rien moins que passive, de raideur aussi distante que tenant à distance, de retrait dédaigneux susceptible d’éclater en esquisse

impulsive, d'opposition entêtée allant jusqu'à l'emportement et le passage à l'acte, d'ironie très agressivement sarcastique : bref tout ce « contrarisme » dont parle Ey — et que notre analyse du comportement a déjà touché.

Toutefois, ce symptôme, dégagé selon l'arbitraire du découpage sémiologique, ne prend à son tour toute sa valeur qu'au regard des tempéraments précédents, c'est-à-dire par rapport à l'indifférence émotionnelle, dans sa dissociation, dans sa discordance avec elle. C'est en effet le même sujet, froid, ne vibrant pas, analgésique, au calme effrayant qui se met, de façon paradoxale pour son entourage, à manifester de façon imprévisible une opposition rien moins que dévitalisée.

D'autant que nous ne sommes pas au bout de nos surprises et de nos peines, dans ce même plan, avec la discordance, ainsi dans les cas suivants. Ici cet indifférent-opposant se lance à corps perdu dans une lubie (parathymie) amoureuse ou haineuse pour un « objet » des plus insolites. Là, l'examen clinique découvre cet indice impressionnant de délabrement émotionnel que sont les crises de fou-rire éclatant sans motivation, sans que le sujet fournisse explications ou excuses, et parfois à la façon irrésistible d'une stéréotypie. Ailleurs, c'est un raptus émotionnel qui éclate, sur le mode d'un débordement de joie ou de colère violente à l'occasion de la cause la plus futile. Enfin, et on pointe sans doute alors le comble le plus spectaculaire de la discordance, le malade se met à pouffer de rire à l'évocation d'un événement douloureux, à l'annonce d'une mauvaise nouvelle.

Dans ce contexte rien moins qu'exceptionnel, l'indifférence émotionnelle cesse donc bien d'apparaître comme un critère valable en lui-même, tout à fait à l'instar d'ailleurs de la « folie du contraire » (Lévy-Valensi). Plus exactement, inertie et opposition apparaissent comme des composantes en quelque sorte contraires, comme les deux

pôles contradictoires autour desquels gravite ou s'enveloppe la dynamique même de cette dislocation fondamentale. Toujours déconcertante, certes, chez le schizophrène, quel qu'en soit le point d'application, c'est dans cette sphère spécialement mal élucidée de l'affectivité que son apparence capricieuse trouve peut-être ses modalités les plus chargées.

A ce niveau de désagrégation de la personne affective, la micro-analyse sémiologique paraît en elle-même impuissante, à moins de retomber dans les errements d'un éparpillement sans fin. Elle a besoin, on vient de le voir, d'être corrigée dans ce qui est donc déjà une réflexion au second degré. Mais elle peut alors être poussée, comme Follin le fait lorsqu'il écrit que « le paradoxe de la vie affective du schizophrène » est que « son indifférence est la forme même de sa sensibilité » et que ce qui fait la « discordance affective » c'est moins l'ambivalence dans la finalité que le « caractère contradictoire du processus thymique lui-même, dont le mouvement comporte simultanément sensibilité et indifférence, athymie et hyperthymie » (Bibl. N° 7, p. 220).

Mais nous ne faisons que saisir ici la nécessité de passer à un autre plan que le plan clinique et sémiologique pour pénétrer la discordance et la dissociation. Avant d'aborder le plan psychopathologique, et pour clore ce chapitre, tentons d'abord toutefois de dégager les traits d'ensemble, encore cliniques, de ce que Ey appelle « le syndrome fondamental de discordance ».

L'« ALLURE SCHIZOPHRÉNIQUE »

5.31. Le clivage traditionnel fait diverger toutes ces données sémiologiques, à savoir : parasitisme mimique ou stéréotypies motrices, ébauches en période d'incubation ou formes avérées de troubles du cours de la pensée, polarisations paradoxales de la vie affective, pour n'en

rappeler que les principales. Pourtant elles convergent, pour l'observateur averti, en une série d'impressions cliniques à la fois communes et globales qui, quelque incertaine que soit leur définition, cernent en fin de compte des traits plus généraux de l'allure schizophrénique, dans une sorte de superposition et d'intrication de plans qui précisent sans doute aussi la teneur de la dissociation et de la discordance.

Soulignons d'emblée le fait que ce sont souvent ces traits communs, fussent-ils encore une fois fluents, d'un même climat clinique qui, beaucoup plus que tel symptôme ou tel groupement de symptômes (qui n'ont alors de valeur qu'indicative), vont emporter la conviction diagnostique.

Comment s'en étonner ? Dans la « désagrégation schizophrénique de la personne » (Follin), le noyau, quoiqu'on en dise et quelque réserve que suscite ce terme, « garde son secret », comme le note Rümke. Aussi, dans la relation clinique concrète, ce qui la « résume » (Ey) le mieux, c'est encore le concept de *discordance* ou celui de *dissociation,* sous condition que les contours en soient un peu plus dessinés en fonction de données d'ordre moins périphérique.

Quatre séries, excellemment mises en valeurs par Ey, interviennent ici, qui servent de jalons et de médiations pour l'affirmation de l'« allure schizophrénique » dans le diagnostic : entre certains éléments micro-sémiologiques de départ, plus ou moins précis, plus ou moins douteux, et l'impression vague de discordance et de dissociation d'arrivée.

L'ambivalence

5.32. Donnée encore assez objective, elle est néanmoins valorisée dans les conduites induites par l'entretien. D'une part, elle peut paraître comme le comble de la disposition normale où, face à une situation donnée, de quelque nature

qu’elle soit et de quelque manière qu’elle engage le psychisme, l’attitude du sujet (gestuelle, affective, psychique) peut s’avérer contradictoire dans la pesée ou l’hésitation. Mais elle apparaît en même temps comme en rupture totale avec cette disposition normale, pour autant que, dans l’acceptation bleulerienne, l’ambivalence qualifie fondamentalement l’allure schizophrénique. A l’opposé d’y être un moment vers une résolution, elle y est perduration des balancements, des oppositions, des antagonismes dans une conduite toute de flottements et d’oscillations, d’ébauches et de disjonctions : comme si la pluralité des motifs et des choix, « au lieu de se fondre dans l’unité nécessaire à l’action, demeurent en conflit virtuellement et indéfiniment ouvert » (Ey). A cet égard, l’ambivalence se manifeste comme une qualification effectivement moins parcellaire de la dissociation, comme un flagrant délit, en somme, sur ce qui se disloque en son procès.

La bizarrerie et l’impénétrabilité

5.33. Elles constituent une double qualité de l’allure schizophrénique que l’on peut envisager conjointement, car d’ordre plus nettement relationnel. Tout est bizarre, voire impénétrable, en clinique psychiatrique, dira-t-on. Oui, mais encore, car on touche ici un autre point de rupture dans l’observation qui défie significativement tout le potentiel d’expression métaphorique de l’observateur. En somme, c’est au terme de ce procès d’impuissance qu’il concluera à la double qualification, même si elle qualifie surtout peut-être sa propre ignorance, tant il est vrai que, comme le dit Ey, « le schizophrène est une énigme vivante ». Mais, impliqué là, dans une relation culminante d’étrangeté, de non-transparence, d’opacité (au regard des critères usuels de la compréhension à la manière de Jaspers) et à la notifier en fin de compte comme telle, il ne pourra en référer la térébrante unicité d’expérience qu’à ce

processus sui generis de dissociation et de discordance, seul susceptible de déboucher en clinique sur une pareille impression d'impénétrable étrangeté.

Le détachement

5.34. C'est la dernière qualité globale de l'allure schizophrénique dans la relation générale au monde et on retrouve à son niveau une certaine objectivité. Sans doute le terme est-il assez parlant pour n'avoir pas à être détaillé ou illustré concrètement. Confondu souvent avec l'autisme, auquel il est intégré alors à la façon d'une sorte de premier degré sur la voie de la valorisation de la vie intérieure, le détachement schizophrénique peut aussi être interprété différemment. C'est ainsi que Van der Drift en fait une sorte de résultante de l'« absorption pathologique par la situation ». En raison de la « faiblesse dans le maintien de soi-même », ce détachement serait à la fois le lieu et la manifestation d'une perméabilité excessive de la personne à l'entour. Une telle définition franchit certainement le pas qui sépare une description d'une conception. Nous la retiendrons pourtant parce qu'elle reste centrée sur la désagrégation schizophrénique, là où le détachement s'articule assez adéquatement à l'ambivalence, en donnant aussi plus de fondement, dès lors, à ces autres résultantes de la dissociation et de la discordance que sont la bizarrerie et l'impénétrabilité.

5.35. On peut sans doute discuter du caractère « structural » que Ey prête à ces quatre traits, qui sont autant de l'ordre de l'impression que de la « physionomie » clinique. Mais ce dont on ne peut pas discuter, c'est qu'ambivalence, bizarrerie, impénétrabilité et détachement sont susceptibles de définir, dans leurs renvois réciproques à l'intérieur de la relation avec le malade, une *allure schizophrénique* qui pèsera lourd dans la conviction

diagnostique. A ce point, sans doute que, sans leur expérience, le clinicien ne sera guère fondé à affirmer le diagnostic de « folie discordante », quelle que soit la richesse sémiologique dont il l'étaierait, car celle-ci, à elle seule, prêterait à extension abusive de l'emploi du terme de schizophrénie. Il y a donc bien ici, à l'orée du passage au psychopathologique, matière à un « syndrome fondamental », même si, en retour, sa détection ne peut se passer de l'apport des parcellarisations micro-sémiologiques.

Problèmes cliniques particuliers

LES FORMES GRAVES

5.36. Parfois le syndrome fondamental, sur lequel nous venons de nous étendre, n'apparaît que comme le noyau plus ou moins net d'un tableau clinique beaucoup plus riche et beaucoup plus spectaculaire. On retrouve alors les trois autres formes fondamentales de la démence précoce kraepelinienne que nous passerons très rapidement en revue.

La forme catatonique

5.37. Ce qui domine ici, ce sont les troubles *psycho-moteurs.* La présentation catatonique est immédiatement caractéristique avec sa suspension de l'initiative psychomotrice et son maintien dans une attitude qui tend à se prolonger ou à se reproduire : tronc courbé en avant et menton contre sternum, avant-bras fléchis et mains contractées, faciès figé, pâle et regard sans vie, mutisme souvent complet. L'examen psycho-moteur est susceptible de préciser cette immobilité très spéciale. Elle apparaît en effet comme une sorte de prise en masse de toute la musculature, quoique sans paralysie, et correspondant à

une raideur voire à une contracture (dite significativement de flexibilité cireuse) très sensible à l'essai de mouvement passif ; elle culmine spectaculairement dans ce qu'on nomme la conservation des attitudes *(catalepsie)* où la posture imposée tend à se maintenir. Une observation plus prolongée met encore en évidence, sur ce fond d'inertie psycho-motrice, des *hyperkinésies,* manifestations brusques prenant la forme d'impulsions agressives ou clastiques, de fuite ou d'agitation ou encore de stéréotypies de toutes espèces mais particulièrement mises en relief sur ce fond.

La forme hébéphrénique

5.38. Elle est très souvent combinée à la précédente, sous une forme dite alors hébéphréno-catatonique, de moments plus catatoniques et d'autres plus hébéphréniques. Ce qui domine ici c'est une *discordance maximum* qui prend massivement, encore que souvent trompeusement, l'allure d'un état déficitaire voire démentiel. Toutes les indications relevées précédemment pour la sémiologie schizophrénique sont donc ici à leur comble, mais jusqu'à en être, à la limite, méconnaissables. On retiendra notamment une apathie progressive, jusqu'à l'apragmatisme intégral, encore que rompu parfois par des phases de turbulence puérile ; une activité mentale où les troubles du cours de la pensée n'ont plus rien de ce parasitisme qu'ils pouvaient encore évoquer dans des formes moins sérieuses, puisqu'ils sont ici tout ce qui reste d'actif, à la façon de bribes, dans le désert d'un déficit spécialement dévastateur ; une indifférence maximum dans le contexte d'un retrait sur soi qui paraît se faire particulièrement à vide sous le double auspice évoqué.

La forme paranoïde

5.39. Ce qui domine ici, c'est le *délire,* mais selon une sphère de développement qui laisse peut-être plus de visibilité que dans les deux formes antérieures aux manifestations de la discordance et de la dissociation. L'activité délirante se manifeste en effet ici selon un certain nombre de traits évocateurs : l'organisation, si l'on ose ce terme, en apparaît comme si la dissociation trouvait là matière spécialement faste pour ses dissections ; la thématique et les mécanismes sont difficilement reconnaissables ou déchiffrables mais suggèrent surtout, dans leur absurdité et leur incohérence, dans leur mobilité ou leur fugacité, une prolifération chaotique en pans épars, aux liens perdus, sans fils qui se poursuivent ; l'ensemble va souvent jusqu'à donner l'impression d'une véritable folie dissociative du langage et fait s'interroger alors sur le problématique point de passage où commencerait ce qui est proprement délirant. Quoi qu'il en soit, forme et teneur du délire apparaissent ici à la mesure de l'importance de la dissociation et de la discordance, pour lesquelles la sphère idéo-verbale représente un champ d'objectivation particulièrement sensible.

5.40. Dans toutes ces formes, passées au second plan tant en fréquence qu'en intérêt (sinon en gravité) depuis Bleuler, le diagnostic se fera sur la base des éléments déjà indiqués qui, encore une fois, pour être ici beaucoup plus massifs, peuvent se trouver masqués de ce même fait : périphériquement, sur la base des classiques troubles de l'attitude et de la mimique, de la conduite et du cours de la pensée ou de l'affectivité paradoxale ; plus fondamentalement, en dégageant, dans le tableau clinique, ambivalence, bizarrerie, impénétrabilité, détachement. Plus ou moins nettement affleurants selon les cas, il faudra savoir, pour les retrouver, corriger les dérivations d'attention que masquent, ici une présentation catatonique,

là telles bribes hébéphréniques, ailleurs l’échappée langagière et délirante paranoïde.

LE PROBLÈME DES « PSEUDO-SCHIZOPHRÉNIES »

5.41. Si, au pôle précédent des formes graves, le noyau fait problème relativement au contexte clinique, la pratique présente, en une sorte de pôle inverse, des cas où c’est relativement au contexte vital qu’il fait problème cette fois. Ces cas paraissent véritablement inclassables en dehors de la série schizophrénique mais, par là même, ils en mettent en cause le concept, à moins de parler alors de pseudo-schizophrénie comme on tend de plus en plus à le faire.

Ce qui est engagé ici, en somme, c’est le problème spécialement ténébreux des frontières de la schizophrénie. Et le résumé de deux observations montrera qu’il n’est rien moins que byzantin.

Première observation (cas « aigu »)

5.42. M. E est un garçon de vingt-huit ans, rapatrié d’Algérie, orphelin mais sans histoire particulière en ce pays. Depuis le déracinement de 1963, il se montre pourtant incapable de se tenir à un travail régulier pour lequel il n’a, au demeurant, aucune formation particulière. Coup sur coup, si nous en croyons nos renseignements, il présente, en 1963, un épisode dépressif à l’occasion d’une déception sentimentale, ancienne mais mal liquidée, nous dit-on, avec tentative de suicide et, en 1964, une nouvelle dépression, plus mélancolique cette fois, avec une thématique à la limite du délire. Cette dernière, pourtant reste doublement bizarre dans la rétrospective, car axée sur un sentiment d’amoindrissement sexuel non autrement précisé et dans un contexte clinique où les médecins traitants de l’époque retiennent le symptôme de barrage, tout en rejetant la discordance dès lors évoquée.

Quoi qu’il en soit, les choses s’arrangent alors facilement et rapidement. Mais le 13 mars 1965 le voilà hospitalisé dans notre service pour un « syndrome d’allure discordante, mais donnant une impression aiguë peu classique » (selon notre certification d’admission). Nous notons de fait à l’entrée des sourires immotivés itératifs particulièrement spectaculaires, une ambivalence marquée, des stéréotypies verbales évocatrices de flou et de réduction de la productivité mentale et des troubles du cours de la pensée que nous déclarons d’ailleurs trop grandioses pour être vrais (murmure peut-être hallucinatoire, longs silences, phrases inachevées). Nous aussi sommes, au demeurant, tentés de confirmer, sémiologiquement parlant, l’existence de barrages.

Donc, à l’entrée, et quoi qu’il en soit de nos doutes ou de nos réserves, notre impression est sinistre : nous avons le sentiment, sans doute un peu trop vif et donc réticent, de troubles profonds de l’activité psychique conformes, peut-être même trop conformes, au noyau discordant et dissociatif classique de la schizophrénie, d’une schizophrénie qui aurait ainsi quelque peu tardé à faire sa preuve.

Mais douze jours plus tard, très exactement le 22.3.1965, tout le tableau clinique impressionnant a fondu comme neige au soleil : sans rien laisser de ce dont l’exagération et l’acuité mêmes avaient au départ suscité notre méfiance.

Deuxième observation (cas « chronique »)

5.43. Mlle I. est une jeune femme de 30 ans, célibataire ; ses antécédents sont assez fâcheux puisqu’elle a raté une carrière amorcée de demi-mondaine et qu’elle a chuté enfin franchement dans la prostitution. On retient au surplus qu’elle a été élevée par sa mère et pratiquement abandonnée par son père. Peu encouragée dans ces

conditions à travailler, son grief est à peu près permanent sur ce point à l'égard de l'un et l'autre des parents.

Elle est hospitalisée une première fois en 1962 dans notre service après avoir été classée par les médecins qui ont eu alors à connaître d'elle comme une hystérique mythomane, apragmatique et perturbatrice. Sa conduite est effectivement perturbée puisqu'elle reste couchée chez elle, bat sa mère, etc…Nous sommes donc tentés à l'époque de la voir comme une déséquilibrée mineure, au bout du compte relevant peu de la psychiatrie. Et, comme elle ne réintègre pas le service au terme d'une permission, qu'elle refuse de nous revoir, tandis que sa mère ergote sur toute coopération, nous décidons de sa sortie et cessons de donner suite.

Seulement dans le courant 1964, la voilà qui d'elle-même nous appelle littéralement au secours. Elle nous apprend qu'elle a passé la majeure part du temps intermédiaire dans un autre hôpital psychiatrique, qu'elle a subi une cure neuroleptique prolongée et intensive, dont, au demeurant, une obésité bien intempestive paraît avoir été le solde le plus patent. Nous la retrouvons dans la même impasse qu'auparavant et, comme elle est alors prise en charge par un organisme d'assistance spécialisée, nous nous bornons à des conseils formels.

Quelques mois plus tard, la voilà à nouveau, à notre consultation, mais cette fois transformée. Nous sommes stupéfaits en effet par le syndrome d'allure schizophrénique qu'elle présente alors, dans un contexte retrouvé d'abandon, avec sourires discordants, gestes stéréotypés, stérilité du propos, absence de contact. Et notre étonnement est si grand que nous la revoyons coup sur coup à deux reprises dans les jours qui suivent, pour nous décider enfin à la reprendre dans le service le 1er juillet 1964.

Certes, la crise vitale est la même, qui s’aggrave pourtant, ne serait-ce que le temps passant. Elle sort pourtant progressivement de cet état sans grands moyens engagés et nous nous rassurons un moment. Pourtant la rémission dure trois mois à peine, au cours desquels nous ne parvenons pas à tenter quoi que ce soit de sérieux, tant elle est peu consentante au plus petit effort. En novembre 1964, elle replonge peu à peu dans cet état quasi-schizophrénique, en sort, y retourne à nouveau, en sort à nouveau, et cela selon des hauts et des bas dont nous clôturerons là l’histoire.

5.44. Faut-il dans des cas de ce genre, insolites par leurs décours (1re observation) ou leur cours (2e observation), se référer à l’une ou l’autre de ces formes cliniques, abusivement multipliées, de la schizophrénie ? Faut-il, à partir des impressions cliniques, fixer par exemple le premier cas dans ces « schizophrénies aiguës » que certains auteurs décrivent comme des sortes de précipitations et d’accélérations de la lente évolution habituelle ? Faut-il fixer le second cas dans ces « formes héboïdophréniques » où la désagrégation se lirait à l’inverse, non plus tant dans un profil psychique ici plus ou moins épargné par un cours torpide, que dans une trajectoire vitale si accidentée qu’elle peut apparaître comme une sorte de comble du déséquilibre ?

Ou ne faut-il pas, au contraire, marquer quelque réticence à ce rangement en rappelant que la première éventualité prête quand même dangereusement à outrances ou à extrapolation, puisqu’on en arrive dans cette pente à ranger dans les schizophrénies aiguës la moindre des expériences hallucinatoires, toujours inquiétante certes mais souvent sans lendemain ? Quant à la seconde éventualité, ne faut-il pas, de façon homologue, en appeler à la prudence à laquelle invite Wyrsch, face à

certains cours évolutifs torpides, quand il note, relativement à notre ignorance dans ces cas marginaux, que « nous ne sommes que trop enclins à nous tirer d'embarras... en les étiquetant « schizophrènes latents » ou « héboïdes » ».

Nous inclinerions, pour notre part, à une telle prudence : quitte à admettre d'abord que le fameux noyau clinique et ses composantes d'ambivalence, de bizarrerie, d'impénétrabilité, de détachement, ne constitue pas, tant s'en faut, le tout tranché et tranchant du diagnostic schizophrénique ; quitte à admettre aussi que son cerne sans doute impressionnant est tout de même susceptible de renvoyer à la frange du cadre qu'en règle générale il définit ; quitte à admettre enfin que des perturbations vitales particulièrement graves ou insurmontables peuvent déboucher sur des éclats aigus ou sur un émaillement subaigu également susceptibles de revêtir une profondeur « quasi-schizophrénique ». Mais c'est déjà peut-être prendre là un certain parti en matière de psychopathologie.

Aperçu sur le problème psychopathologique

MISE AU POINT PRÉALABLE. LE PROBLÈME DE L'AUTISME

5.45. On se sera sans doute étonné de ne pas voir figurer dans le chapitre clinique quelque référence développée à l'autisme. C'est à dessein que nous avons réservé ce problème. Car en traiter dans une perspective prétendument clinique revient, à notre sens, à admettre implicitement une hiérarchisation dichotomique des symptômes inspirée du schéma : processus = négativité d'un *déficit* fait de perte de la cohésion du « Je », c'est-à-dire de discordance et de dissociation + positivité d'une *libération* faite d'un débordement par le fantasme,

l’imaginaire, l’archaïque, c’est-à-dire d’autisme. Or, le pseudo-dynamisme de ce modèle paraît un peu court dans son mécanicisme.

On peut sans doute, comme Ey et à la suite de l’école allemande d’ailleurs, avancer la thèse selon laquelle « l’essentiel de la schizophrénie est ce mouvement régressif de l’existence vers son infrastructure autistique et imaginaire » et faire prévaloir que « ce qui caractérise avant tout la forme d’existence schizophrénique, c’est le délire, et ce qui caractérise précisément les travaux les plus récents sur la schizophrénie, c’est sa définition par le délire ». On en arrive alors à cette affirmation lapidaire : « Le commun dénominateur des diverses formes de schizophrénie c’est l’autisme, c’est le délire. » (Bibl. N° 2, p. 159-160).

Mais on peut aussi concevoir que ces options aient à être tempérées par les réserves de Minkowski qui, pour n’avoir pas peu fait pour la connaissance bleulérienne en France, conclut tout de même ainsi son important chapitre sur l’autisme : « Construire un monde imaginaire et y vivre n’est pas à la portée de tout le monde. Tous les schizophrènes ne se détournent pas entièrement de la réalité pour chercher un refuge dans les châteaux en Espagne de l’imagination ». (Bibl. N° 8, p. 173). D’autant que cet auteur ajoute que de surcroît « l’autisme pauvre » est beaucoup plus caractéristique des troubles schizophréniques que « l’autisme riche » et conclut, des découvertes bleulériennes dans ce domaine, « qu’elles ne peuvent servir de base à une notion clinique ».

On apparaît donc en droit de ne pas classer péremptoirement la pièce en question à la rubrique clinique du dossier et de s’orienter, comme Follin, vers une vision plus unitaire. On peut alors admettre, avec cet auteur, que « si le schizophrène altère et détruit le réel pour lui, ce n’est pas toujours pour construire un monde déréel, fiction subjective en nature » et concevoir donc le

particulier de l'autisme comme renvoyant au *général* de la discordance en tant que « forme altérée du niveau le plus élevé, psychique, de la vie du cerveau », se spécifiant en « activité altérée, telle qu'elle dissocie et fragmente le vécu » (Bibl. N° 7, p. 249 et 250).

Dans cette double référence à la clinique et au vécu schizophréniques, le centre de gravité se trouve déplacé. La discordance se présente « comme une forme spécifique d'altération de l'activité psychique » dans un cadre irréductible, psychiatriquement parlant, où la *dissociation* apparaît comme le concept le plus large, notamment en ce qu'il exprime la fragmentation de ce vécu. En même temps, derrière sa patente subordination de la querelle de l'autisme, cette conception exprime un essai de passage intégral au plan psychopathologique de tout ce qui, à hauteur ou au cœur de l'expérience clinique de discordance et de dissociation, profile le schizophrénique selon cet énoncé : « Le concept de schizophrénie peut se définir seulement comme structure psychopathologique » (Bibl. N° 7, p. 248).

POSITION ACTUELLE DU PROBLÈME PSYCHOPATHOLOGIQUE

5.46. On peut sans doute glisser rapidement sur ce que Follin appelle les « fins de non-recevoir » en matière de psychopathologie de la schizophrénie. Quand on incrimine une faiblesse congénitale (comme c'est le cas dans la position de Kretschmer sur la « schizoïdie ») ou encore une faiblesse originelle du Moi (dans la position de certains théoriciens de l'école psychanalytique, tel Federn et son « insuffisance énergétique du Moi »), on retire en effet toute force au problème du virage schizophrénique. On ne centre pas sur ce qui fait là « l'originalité », la « spécificité du processus » (Follin) psychologique et psychopathologique. Sous les auspices d'une génétique

lointaine, on laisse en somme au fortuit et à l’occasionnel le démarrage proprement dit d’une dynamique à certains égards préformée dans les deux incidences.

5.47. Mais alors comment approcher, psychopathologiquement parlant, la catastrophe schizophrénique de discordance et de dissociation ? En esquissant peut-être, pour commencer, les grands traits d’un cadre méthodologique et à la façon d’un prolongement pour ce qui a été avancé au premier chapitre.

Il faut donc rappeler que la mutation schizophrénique s’inscrit dans une *histoire* individuelle avec laquelle elle va désormais, et quel qu’en soit le décours (évolutif, cicatriciel et même résolutif), non pas coexister, mais *coïncider.* Ce fait en lui-même oblige à un réexamen de la période prémutationnelle de cette même vie dans un éclairage neuf, c’est-à-dire dans la perspective de recherche rétrospective visant à l’établissement d’une conjoncture pour cette mutation qui, de quelque façon, « concerne le sens dramatique de l’histoire du sujet ».

Il faut aussi rappeler, comme l’implique fortement le concept politzérien de « drame » qu’évoque opportunément Follin, qu’à ce niveau, « il y a une donnée toute simple, à savoir que chacun vit les problèmes de l’humain à sa propre façon, dans les conditions concrètes qui sont les siennes et non celles d’un autre, et que c’est justement cette particularité de ces conditions personnelles de participation au milieu humain qui distingue le « sujet » de « autrui » » (Bibl. N° 7, p. 251). Car ce fait, en lui-même, élimine en telle reprise de moment ou de point la propension aux généralisations hâtives au profit d’une recherche où, de toute façon, les schémas dogmatiques ne pèsent pas lourd au regard des conditions strictement individuelles de la « mutation conjoncturale dans l’histoire et le drame d’un Je » qu’est l’expérience schizophrénique.

Il faut encore opter, parce que la tentation inverse est grande, pour une vision de l'aliénation mentale qui ne s'effondre pas alors devant l'impénétrabilité schizophrénique, mais qui l'assume dans tout ce que nous l'avons vu être cliniquement un coulage ou une plongée, mais de référence profondément existentielle et vitale. Car c'est ici la sévérité et la profondeur, rien moins qu'accidentelles ou épiphénoménale, qui mesurent toute la portée, toute la gravité, toute l'irrémédiabilité d'un certain *échec,* d'un échec extrême dans ce plan devenu apparemment si lointain de l'existence.

Il faut enfin essayer de tirer un parti maximum des enseignements probablement *spécifiques* de la catastrophe schizophrénique même ainsi recadrée. Car peut être est-ce alors le lieu et le moment de prendre mieux la mesure (ne serait-ce pas là le vrai problème de l'autisme ?) de toute l'étendue du champ encore peu exploré où elle révèle cette « angoisse de se perdre dans les relations à autrui et l'impuissance terrifiante de se vivre comme un « Je » » (Follin) dans ses conséquences les plus dévastatrices (Bibl. N° 7, p. 252). Il faut en effet que cette « sorte de fusion, d'indifférenciation de la personne du schizophrène et de son milieu » (Rouart) détaille un peu plus ses térébrants secrets en direction d'une ontologie du Je. Il faut que « l'absorption pathologique, l'état d'abandon total et de dissolution » (Van der Drift) où se trouve précocement le malade par rapport au monde perde de son étrange statut psychiatrique pour se renverser en ce qui, à la limite, pourrait être un champ de recherches propres sur les frontières du Je. C'est, en tout cas, selon cette toile de fond que la psychopathologie de *ce qui se passe* dans la discordance et la dissociation peut ou pourrait s'aborder selon une tout autre démarche que celle qu'ouvre l'impression trop souvent suscitée en pratique d'une inaccessible alchimie. Et ceci d'autant que, dans les cas encore les plus nombreux, nous ne savons pas suivre ni

même vraiment chercher le fil conjoncturel qui vient d'être sommairement évoqué.

5.48. Quoi qu'il en soit, la réalité clinique apparaît d'ores et déjà parlante à cet égard, lorsqu'on se reporte au travail de Follin, lorsqu'on y voit la sémiologie schizophrénique, d'installation si inquiétante et de parcellarisation si figée, s'ordonner autour de l'axe fondamental de discordance et de dissociation resituées selon cette toile de fond.

Les troubles psychomoteurs, majeurs dans la manière où les engagent la mimique, l'attitude, la conduite schizophréniques, commencent à se décharger d'une part de leur mystère, lorsque leur indétermination de premier abord, le cours chaotique de leurs manifestations contradictoirement hyperkinétiques et akinétiques sont référés, non tant à une dysharmonie sans pareille de la vie psychique, non tant à on ne sait quelles règles d'ordonnancement préformées dans un Je fermé sur lui-même qu'à la défaite de celui-ci, lourde en retour d'enseignement sur la précarité de sa construction, au lieu ou au plan de la perméabilité Je-Monde.

Les troubles du cours de la pensée, ces indices d'une pensée qui continue non moins contradictoirement à se dire et à se chercher là même où elle ne sait plus que diffluer dans la stagnation et le vide, dans l'abstraction ou la néologisation, s'éclairent aussi, au même point stratégique, peut-être moins comme une pure discordance idéique que comme une particularisation, moins immédiate, plus fine, de ce qu'il faut appeler un processus psychopathologique, mais en le captant et en l'entendant en référence exclusive à cette charnière de débordement et d'envahissement du Je.

Les troubles de l'affectivité, si difficiles à ramasser et à condenser cliniquement, peuvent également attester de la même situation psychologique totale, en ces confins où les concepts requis sont aujourd'hui plus pressentis que découverts, là où l'ambivalence, entre une indifférence et un nihilisme, figure pourtant de la façon la plus brutale l'ampleur dissociative et discordante d'un procès de minage à l'œuvre, encore une fois, moins au Je des objectivations de tradition qu'en ses frontières constitutives.

5.49. Tout cela n'est encore qu'indication pour une voie presque entièrement à faire. Aller plus loin ferait donc s'embourber pour l'instant dans les ornières dénoncées par Wyrsch lorsqu'il écrit : « la schizophrénie est une maladie de la personne et la personne ne se laisse pas disséquer en ses différentes parties ». (Bibl. N° 10, p. 128.) Pourtant, une telle position du problème psychopathologique dans la schizophrénie s'avère maintenant de nécessité première, lorsque, dans son appui sur l'expérience clinique et depuis les limites de sa saisie, elle concourt à fonder l'exigence d'une nouvelle recherche fondamentale en psychologie comme en psychopathologie. Aussi bien n'est-ce pas si mal que l'héritage de Bleuler puisse, cinquante ans plus tard, se prêter encore à de telles ouvertures ou contributions.

Bibliographie

[1] H. EY. « Groupe des schizophrénies » in *Encyclopédie médico-chirurgicale* volumes : psychiatrie, Paris 1955, T.I. [Texte capital pour l'ensemble du problème clinique, sémiologique, nosographique. Quelques indications historiques. Bibliographie étendue.]

[2] H. Ey. « Les problèmes cliniques des schizophrénies », rapport aux Journées de Bonneval de 1957, in *L'Evolution*

psychiatrique, 1958, Fasc. II. [Examen plus spécial des problèmes nosologiques. Données statistiques. Conceptions personnelles de l'auteur.]
[3] Ph. CHASLIN. *Elément de séméiologie et clinique mentale,* Paris 1912.
[4] H. BARUK. *Psychiatrie médicale,* Ed. Masson, Paris 1948. [Outre une référence aux travaux physio-pathologiques de l'auteur comporte une importante partie clinique.]
[5] R. MASSELON. *La démence précoce,* Ed. Joanin, Paris 1904.
[6] C. PASCAL. *La démence précoce,* Ed. Alcan, Paris 1911.
[7] S. FOLLIN. « Sur la psychopathologie du processus schizophrénique » rapport aux journées de Bonneval de 1957, in *L'Evolution psychiatrique,* 1958, Fasc. II. [Texte de premier plan au point de vue psychopathologique. Synthèse des données classiques. Appui sur une observation minutieusement détaillée.]
[8] E. MINKOWSKI. *La schizophrénie,* Ed. Pavot, Paris 1927. [Ouvrage classique pour la connaissance des vues de Bleuler. Références aux opinions et aux observations de l'auteur.]
[9] H. VAN DER DRIFT. « Evolution des idées sur la structure et le traitement du schizophrène », in l'*Information psychiatrique,* janvier 1965.
[10] J. WYRSCH. *La personne du schizophrène,* Ed. P.U.F., Paris 1957.
[11] H.C. RUMKE. « La différence clinique à l'intérieur du groupe des schizophrénies », in *L'évolution psychiatrique,* 1958, Fasc. III.
[12] G.E. MORSELLI. « Aspect psychopathologique de la schizophrénie », in *L'évolution psychiatrique*, 1968, Fasc. III.

6

Le déséquilibre mental et le problème des frontières en psychiatrie

6.1. Dans l'introduction à un numéro spécial consacré aux personnalités psychopathiques de la Revue *Perspectives psychiatriques,* on lit sous la plume de Neyraut : « La notion de personnalité psychopathique reste très difficile à définir et à situer dans la nosographie psychiatrique contemporaine, sans doute parce qu'elle est l'héritière dans sa conception même de théories périmées » (Bibl. N° 2, p. 5).

Et de fait, on mesure immédiatement l'étendue dévastatrice de l'héritage, en même temps que l'exigence de la polémique, si l'on se reporte à la « définition » de la réalité clinique très avoisinante de déséquilibre psychique que donne Porrot dans son *Manuel alphabétique de psychiatrie.* On y lit en effet cette définition « Etat psychique permanent, indépendant de toute atteinte physiologique, et qui se manifeste par l'impossibilité pour le sujet de se donner et de suivre un plan d'existence harmonieux, conforme à ses véritables intérêts et adapté aux exigences de la vie en société » (Bibl. N° 1, p. 120). Planification et harmonie de l'existence, intérêts personnels et exigences sociales, adaptation des premiers aux secondes, voilà une énumération de poncifs intégrationnistes qui, en cédant dangereusement à la tentation normative et à la séduction par la moyenne, manque aussi, et significativement, une définition psychiatrique.

C’est dire aussi qu’on ne peut qu’être d’accord avec un auteur comme H. Ey, quand il écrit : « Les critères de « normalité » relativement auxquels nous définissons ces « anormaux » sont des compromis entre des appréciations statistiques (sujets aberrants, excentriques), des appréciations d’efficience (inadaptés, désadaptés, déficients), des appréciations éthiques (pervers, immoraux), ou juridiques (prédélinquants, délinquants, criminels) » (Bibl. N° 3, p. 233). Sans doute, conviendrait-il de pousser un peu plus loin que l’énoncé en matière de compromis, d’autant qu’il reste chez cet auteur plus ou moins implicitement ou délibérément assumé. On pourrait ainsi, au moins pour commencer, avancer dans la critique, en se posant des questions de la sorte : qu’est-ce que la psychiatrie a à faire de critères ou de concepts importés, elle qui est par excellence la discipline de l’*individuel* ? En quoi la psychiatrie peut-elle se satisfaire d’un plan de définition où le profil du déséquilibré ne se dessine que sur le fond d’un état social donné ? Est-ce que la psychiatrie peut éluder le choix à faire entre une défense de cet état social où elle coopérerait à la répression du déséquilibre et la mise en question de l’ordre qui y préside par le déséquilibre, par la déchirure que celui-ci introduit en son sein ?

Or, on voit plutôt allègrement se multiplier les différenciations à l’intérieur de ce cadre des déséquilibrés ou des psychopathes, ce qui pose corollairement la pressante question : « Mais où sont passés les normaux ? » On voit ainsi proliférer les étiquetages non critiqués (et pourtant sous la plume des gens les plus sérieux !), tels les « désharmoniques », « originaux » et « excentriques » de Blin (Ecole de Magnan) ; les « hyper-, les hypo-esthésiques », les « hyper-émotifs », les « dysthymiques », les « cyclothymiques », les « mythopathiques » (Dupré) ; les « excités », les « querelleurs », les « instables », les « hâbleurs », les « dépressifs », les « sensitifs », les

« égocentriques », les « fanfarons », les « fanatiques », les « explosifs », les « abouliques, » les « asthéniques » (Schneider).

Ainsi, la psychiatrie contemporaine se trouve en passe d’être de plus en plus souvent confrontée (et par là même compromise) à des conduites de rejet face à un développement social qui multiplie dangereusement ceux que la sociologie américaine appelle les déviants (provos ou pratiquants du L.S.D., hippies ou situationnistes) dans une protestation et une revendication, dont la légitimité devient un truisme à l’égard de la civilisation consommatrice de l’homme-robot.

Peut-on donc continuer à multiplier indéfiniment les variantes ? Alors qu’en réalité il s’agit d’un ensemble de rapports sociaux qui se juge dans ce profil où se fixe la « norme » du déséquilibre et dans des marges qui paraissent aller s’élargissant. Quoi qu’il en soit, ce sont des questions de cet ordre que soulève ce chapitre, selon une problématique donc assez différente de celles que nous avons envisagées jusqu’à présent — et qui met en pleine lumière le problème d’une certaine frontière du domaine psychiatrique.

Histoire schématique d’un rétrécissement progressif d’ouverture

AVANT MOREL

6.2. Au début du XIXe siècle, les premières classifications, purement descriptives, retiennent sans doute déjà des faits de ce que (significativement) on nomme « folie morale », faite de conduites subversives et d’anomalies caractérielles de la personnalité. Pinel (1809) décrit le premier une « manie sans délire » où la perversité des actes contraste avec l’absence d’« aberration sensible

des facultés intellectuelles ». Esquirol (1818) commence par nier cette classe, puis, en fin de compte, retient lui aussi une « manie impulsive » où l'on retrouve les traits vus par Pinel. Toutefois, pendant quelques décennies, ce groupe clinique reste très controversé, notamment par Falret. La raison en est sans doute que la description de ces faits s'inscrit dans une vision des choses assez purement symptomatique : elle paraît assez parasitaire au regard des exigences naissantes de l'élaboration nosologique et dépourvue de fondement au sein d'une vision générale de causalité.

MOREL ET LA DOCTRINE DE LA DÉGÉNÉRESCENCE

6.3. La situation change avec l'introduction de la théorie des dégénescences par Morel en 1857. La vision de Morel, qui prenait les choses de très haut, n'est pas sans grandeur, notamment pour l'époque. Mais elle représente surtout une vision apocalyptique du devenir humain. Selon Morel, l'humanité décline depuis une sorte d'âge d'or de perfection première ; elle déchoit lentement mais sûrement. Et le substratum de cette déchéance est l'hérédité : car ce qu'il nomme les « déviations maladives d'un type primitif » (type primitif hypothétique qu'il ne saurait, et pour cause, définir) ne sont pas perdues pour l'espèce à la façon d'accidents, mais sont « héréditairement transmissibles » ; et cette transmission vaut aussi bien pour les tares psychiques que pour les tares physiques. Sans doute Morel retient-il, dans l'ordre du psychisme maladif, des « aliénations acquises » à côté des « aliénations dégénératives », qui sont ainsi mises au premier plan. Toutefois, il ne pousse pas très loin les précisions dans ce domaine, car il est plus soucieux de sa vision d'ensemble que de ses éventuelles particularisations concrètes. Ainsi, étudiant longuement l'influence dégénérative des causes

les plus diverses (depuis l'immoralité jusqu'au travail dans les mines en passant par les intoxications et l'industrie des fabriques) il accorde la prépondérance à la transmission héréditaire des maladies mentales. En rattachant le cas particulier de la dégénérescence psychiatrique au phénomène général de la dégénérescence de l'espèce, — dégénérescence conçue selon le modèle quelque peu théologique d'une finalité — il dégage là un mécanisme causal.

Cette conception sonnait le glas de l'ère première de description. Désormais la psychiatrie allait cesser de regarder naïvement et dans la controverse. Convertie dans sa masse à la théorie de la dégénérescence, elle allait envisager désormais les faits cliniques selon la nouvelle méthode de pensée causaliste. Mais cette nouvelle méthode subit un *déplacement* qui, sous son apparente absence d'importance, est réellement décisif. Car, oublieuse des champs de recherche entrevus par Morel à l'orée d'une civilisation nouvelle (urbaine et industrielle), elle n'allait retenir de l'ensemble de la dégénérescence en mouvement que ce qui peut concerner là la causalité *individuelle* : dans la mesure où cette causalité, toute entière disposée dans la nuit chromosomique, se trouve chassée de la génétique de la personnalité à l'œuvre au long du développement de la vie individuelle. Autrement dit, sous le couvert de la dégénérescence, c'est la genèse même de la maladie mentale qui allait bientôt cesser brusquement de faire problème.

MAGNAN ET LES DÉGÉNÉRÉS

6.4. Ce passage de la vision générale, qui intéressait seule Morel, à une vision particularisée, ce passage de l'étude générale de tant de facteurs écologiques, tous contribuant à la dégénérescence de l'espèce, à l'étude particulière de leur prétendue résultante, les

« dégénérés », c'est essentiellement dans l'œuvre de Magnan (1895) qu'on en fait le constat. Si la déchéance « morale », comme on disait à l'époque, de la personne manifeste la déchéance biologique de l'espèce, il n'y avait qu'un pas à faire. On le fit en disant que la dégénérescence est « cause » d'une « prédisposition » à la maladie mentale, le terrain où germe la folie étant « dégénéré ». C'était un détour que Morel ne s'était pas permis dans son souci essentiel de découvrir, selon un certain rousseauisme, des facteurs de dégénérescence dans la civilisation de son temps. Mais l'ensemble doctrinal issu de Morel prêtait à ce déplacement pour peu que l'on fît abstraction de la doctrine et de ce qui restait ses interrogations. Quoi qu'il en soit, Magnan étudie dès lors les « dégénérés » dans une étude qui pousse très loin l'inventaire des « stigmates » de la dégénérescence. Elle fixe aussi, dans la variante *dégénéré supérieur,* les grands traits de ce qu'il est convenu d'appeler depuis le « déséquilibré » ou le « psychopathe », mais moins cliniquement, bien sûr, que selon les stigmates de l'individu héréditairement taré qu'il est dans cette perspective.

On saisit là le point de départ d'une distorsion qui pèse toujours aujourd'hui, alors même que le monument de la dégénérescence est largement lézardé. Comment en effet ne pas rejeter hors du normal, par définition, tout ce qui, de loin ou de près, évoque le taré ? Comment laisser là subsister la moindre communication du normal au pathologique et réciproquement ?

LA DOCTRINE DES CONSTITUTIONS

6.5. On ne devait pas tarder d'ailleurs à aller loin dans cette voie. Magnan en effet ne donnait de son dégénéré supérieur qu'une description générale, peu utilisable, au gré des nuances de la pratique clinique.

Il fallait donc élaguer encore la théorie de la dégénérescence et des dégénérés. Ce qui fut fait avec l'élaboration de la *doctrine des constitutions,* d'abord par Dupré (1909-1919), puis par Delmas et Boll (1927). Comme l'écrit sans équivoque Dupré (1919), il s'agit de faire passer dans la pratique « la valeur positive de notions, d'ailleurs justes, mais parfois un peu théoriques et un peu vagues, de l'hérédité, de la dégénérescence et de la prédisposition ». Pour ce faire, on quitte aussi bien le terrain de la dégénérescence que celui des dégénérés et on abandonne tant le plan du mouvement que celui de sa résultante. On part des maladies mentales en opérant un nouveau *déplacement.* Mais l'idée qu'existent dégénérescence, hérédité et tare continue d'inspirer cette nouvelle conception, puisque, à coup de décrets, on déclare que telle maladie mentale relève de telle constitution héritée. Le *fatum,* déjà bien préparé, atteint son sommet lorsque Dupré écrit : « La constitution morbide, au sens psychiatrique du mot, apparaît comme l'ébauche et le germe d'une affection mentale en puissance. » C'est donc un nouveau détour, où l'argutie idéologique met fin à l'indifférenciation du dégénéré supérieur de Magnan. Il ne s'agit plus que de décrire un certain nombre de constitutions psychopathiques ou déséquilibrées, dont relèveront respectivement telle et telle touches du clavier des maladies mentales. Et voilà le dossier de la causalité définitivement et allègrement fermé pour toute une série de maladies mentales ; celles-ci sont définitivement classées dans la gamme des tares héritées et désormais, littéralement, d'une autre nature que le normal. Par la même occasion, voilà le déséquilibre constitutionnel qui se trouve gros d'autant de maladies mentales que de formes constitutionnelles et qui est morcelé en autant de constitutions déséquilibrées ou psychopathiques innées, identiques à elles-mêmes, et fermées à toute variation ontogénétique éventuelle. Dupré en portera le nombre à

huit, que Delmas et Boll ramèneront à cinq (constitutions émotive, paranoïaque, cyclothymique, perverse, mythomaniaque).

Comme le byzantinisme autorise à multiplier toutes les variantes et toutes les combinaisons, pourquoi dès lors ne pas en rajouter ? Pourquoi, à la limite, ne pas décréter autant de constitutions que de déséquilibrés ou de psychopathes, puisque l'essentiel est que tout cela reste d'ordre phylogénétique ? Et la psychiatrie est passée par cette absurdité (qui ruinait d'ailleurs tout l'édifice), dans son souci de voir fondée et assurée la grande assimilation à la tare de tout ce qui sort un tant soit peu de la norme et de la moyenne. Seulement si, en matière de genèse du psychopathique, cet épuisement de l'étude concrète des causes individuelles a permis d'escamoter toutes les difficultés, l'air est devenu rapidement irrespirable. En ce début des années trente, le pessimisme et l'obscurantisme psychiatriques sont à leur comble. Aussi bien ne faut-il pas trop s'étonner qu'il en subsiste des traces une trentaine d'années plus tard. Citons seulement, pour exemples, le mépris ou l'oubli du malade en tant qu'être humain et qui se lit si bien dans cette évolution des idées sur la tare, la caution psychiatrique douteusement apportée à un ordre social toujours dans le besoin de rejeter ce qui lui est dérangement, la trahison de la fonction psychiatrique passant dans le camp de la convention et s'assortissant de représentations vaines au nom desquelles le psychiatre s'acharne si médiocrement à jouer les modèles du prétendu équilibré.

AUJOURD'HUI

6.6. Mais aussi quel feu de paille ! Quelques années plus tard, au terme de cette même décennie des années trente qui connaissait l'apogée laborieuse d'un lâche soulagement, s'amorçait ce que, à tort ou à raison, on a

nommé la « révolution thérapeutique ». Quelques années plus tard encore, après la période de l'occupation allemande et de Libération, après un massacre de ses malades, qui ne contrevenait guère à la logique extrême de ce système de pensée, la psychiatrie française redécouvrait, dans une révision déchirante de tous ces poncifs, l'humanité du malade mental, c'est-à-dire fondamentalement la porosité réciproque du normal et du pathologique que l'on s'était évertué à opacifier à coups de dégénérescence ou de dégénéré, d'hérédité, de tare et de constitution. C'était là l'effondrement de fait du fatalisme paresseux auquel se substituait désormais une problématique difficile. Dans ce creuset de révision, les problèmes du déséquilibre allaient devoir être repris de fond en comble, mais selon une voie toute nouvelle que l'on ne découvre qu'à peine à l'arrière-plan de la polémique actuelle.

Qu'entend-on par « déséquilibre mental » en clinique ?

6.7. Notons tout d'abord que la notion de *déséquilibre mental,* de tradition française, ne coïncide pas exactement avec celle *depersonnalitépsychopathique,* d'importation allemande. La première, en effet, cherche surtout, sous les diverses particularisations cliniques, à définir une sorte de *noyau commun.* Et c'est à celui-ci que nous consacrerons l'essentiel de notre examen, au demeurant critique, dans ce chapitre. La seconde cherche plutôt à différencier autant qu'il est possible des personnalités morbides. Et nous ne l'envisagerons ici qu'en appendice de ce chapitre.

Cliniquement parlant, le déséquilibre mental est fait, dit-on, d'anomalies qui portent : sur l'histoire de certains sujets, qui se profile selon une ligne spécialement brisée ;

sur ce qu'il est convenu d'appeler leur insertion sociale, leur équilibration avec le milieu environnant, leur adaptation aux conditions extérieures ; sur des conduites qui apparaissent faites essentiellement de troubles du comportement et que l'on dit alors abruptement « antisociales » ; sur l'humeur et le caractère que l'on dit déséquilibrés dans la mesure toutefois où ils apparaissent tels au travers de ces accidents et donc dans le *curriculum vitae* que ceux-ci composent. Il est certain que ce plan de clivage bien ordonné n'efface pas le péché tautologique de départ et s'avère assez arbitraire ou contestable dans l'ensemble comme en chacune de ses parties.

CLINIQUE DU DÉSÉQUILIBRE MENTAL

Envisageons-la du plus au moins manifeste.

Les accidents du déséquilibre mental

6.8. C'est le plus souvent à l'occasion d'une infraction à l'égard des « règles constitutives de la famille et de la société » (Arnaud), que le déséquilibré passe sous instance psychiatrique. Selon donc une gamme d'« accidents » qui seraient classiquement constituants pour le visage clinique du déséquilibre mental : 1) par leur fréquence jouant sur tous les plans, et, 2) par leur propension marquée à la récidive. Un inventaire s'impose donc d'abord de ces manifestations en somme cellulaires du déséquilibre, bien minces, on le verra, et dont l'entrelac ou la répétitivité seuls pourraient être évocateurs. On trouve, au premier plan, les fugues, véritable bouteille à l'encre, les crises et les excès antisociaux, tandis que les tentatives de suicide paraissent de moindre importance.

Les fugues

6.9. Dans tel cas, lors de difficultés conjugales culminantes, après une forte ponction au compte bancaire familial, escapade euphorique de quelques jours au gai Paris, fête sociable et spécialement généreuse dans ses hauts-lieux gastronomiques jusqu'à épuisement du fonds et retour penaud au bercail ; dans tel autre cas, le jour d'une convocation à la Cour d'appel, départ précipité sans argent en Espagne, abandon de la voiture, lorsque le réservoir d'essence est à zéro, errements vagabonds un peu moins d'une semaine, puis retour ni rasé ni lavé depuis ce temps, vêtements en loques, avec épisode d'auto-stop.

Il y a donc un certain nombre de caractères analogues sous cette dénomination au demeurant confuse de fugue : 1) motivation certaine dans l'ordre de difficultés relationnelles ou sociales et exécution à la façon d'une fuite au regard de ce qui est là acculement ; 2) impulsivité de la réalisation avec peu ou prou de préméditation, mais sans grande délicatesse ou attention portées aux moyens et moins encore d'exercice de la capacité de prévision quant aux conséquences qui en seront la fin la plus certaine ; 3) structure marquée bien sûr par la rupture impulsive de départ et prolongée en aventure, mais à l'exacte mesure des médiocres moyens d'une préméditation médiocre.

Il est classique d'insister sur la conjonction de ce type d'accident et des autres qui suivront. Cependant cette démarche ne vaut qu'à condition de n'en pas majorer et déformer la perspective au nom d'une soi-disant recherche de liberté qui présiderait alors, par exemple, à la polydélinquance ou à l'alcoolisme associés. En fait, c'est la pauvreté d'imagination qui nous paraît, dans la plupart des cas, plus typique. Et la conjonction, si elle n'est pas exceptionnelle (ici beuverie, là rixe, ailleurs vol), nous paraît plutôt livrée au gré hasardeux des occasions proposées par le caractère marginal même de l'entreprise de départ.

Les crises

6.10. Tel cas manifeste, après une soi-disant déception sentimentale et la reprise consécutive d'habitudes éthyliques, une poussée subite mais massive d'agitation motrice, sur quelques misérables apéritifs, avec brandissement agressif très épileptoïde et projection clastique de tabourets du bar ; après intervention de la police, « coups et blessures à agents de la force publique », et instance psychiatrique où un responsable hospitalier fait le constat d'une relative « crépuscularisation de la conscience ». Tel autre cas manifeste, sur difficultés économiques croissantes et insolubles, une flambée de « sidération émotionnelle » (Braun) dans le bureau de l'assistante sociale au dispensaire, avec mutisme, tremblement, empoignades apparemment « rebelles » mais surtout passablement théâtrales, gestes esquissés de déshabillage, bave diffuse et crachats puis course précipitée vers les bords voisins du fleuve ; après récupération, le constat psychiatrique mentionne une organisation franchement oniroïde de la conscience.

Il y a donc un certain nombre de caractères communs à ces deux modalités des crises : 1) motivation non moins certaine dans l'ordre des difficultés relationnelles et sociales ; 2) impulsivité, sans doute comparable à celle de la fugue (et c'est certainement là le plus intéressant psychopathologiquement parlant) dans l'ordre de la soudaineté d'apparition, sur fond similaire de motivation ; 3) éclatement à la façon d'un accès dans un registre pathologique (altération de la conscience) peut-être moins sujet à discussion, encore que posant, en même temps que l'obscur problème de l'hystéro-épilepsie, celui, rien moins que clair, de la psychogenèse ; 4) résolution rapide, en quelques jours (sauf complication du type virage vers la bouffée délirante), laissant au fond le sujet, après cette

fuite d’un type particulier, dans une situation analogue à celle qui suit une fugue.

Peut-on pousser plus loin la comparaison entre les fugues et les crises ? Il nous paraît préférable de remarquer combien les accidents les plus psychiatriques du déséquilibre mental posent de façon aiguë le problème des frontières entre le normal et le pathologique. Qui, après tout, peut s’affirmer péremptoirement à l’abri d’une fugue ou d’une crise qui engagerait alors son déséquilibre patent ? Mais le déséquilibre mental est-il lui-même si patent ? C’est toute la question.

Les tentatives de suicides

6.11. On retrouve ici d’emblée, encore que dans une lumière légèrement déplacée, le problème qui vient d’être évoqué. Et avec une non moindre acuité, tant il est vrai que le visage clinique de ces comportements marginaux risque de remettre en question les séparations tranchées que propose la démarche psychiatrique traditionnelle.

En effet, si le suicide de tel déséquilibré, qui s’entaille (bien superficiellement !) toute la hauteur de l’avant-bras de dizaines de coups de lame de rasoir lorsqu’on lui annonce la rupture de ses fiançailles, apparaît surtout comme un pseudo-suicide à valeur de pression ou de chantage, comme apparaît avoir valeur de fuite, dans une situation de dos au mur (recherche par la police, pas de travail, coucher ou errance à la belle étoile) le pseudo-suicide de tel autre qui se jette du haut d’un pont dans la Garonne, sans savoir nager mais après avoir guetté l’approche d’une barque de pêche, que de positions qui paraissaient sûres sont ici remises en cause !

Le suicide « authentique » peut-il vraiment être séparé de ce qui aurait pu, fort bien, dans le second cas, figurer le classique suicide par maladresse (Imaginons un instant que les pêcheurs s’affolent !) ? D’autre part, quelle distance

vraie entre la tentative sérieuse du déprimé par dépit amoureux et la tentative d'opérette du premier cas, puisque, aussi bien, elles s'assortissent ici et là de l'allégation au cafard ou au spleen ? Mais alors notre sévérité habituelle à l'égard des accidents du déséquilibre n'aurait-elle aucun rapport avec cette contestation (qui reste la sienne, au creux d'une vie ravagée par tant de rejets et de répressions, par tant d'inextricabilités) dans la mesure où elle se renverse en menace pour le « sérieux » normatif qui cadre notre vie ?

Le problème paraît être posé précisément dès maintenant dans les éclats de ces sujets, éclats singuliers parce que jugés excessifs, mais aussi excessifs parce que trop singuliers.

Les excès anti-sociaux

6.12. Sous cette rubrique, qui paraît discutable (tout n'est-il pas ici antisocial à certains égards) et assez indéfiniment extensible, nous regrouperons les excès toxicomaniaques et les excès délictueux qui sont classiques chez ces sujets. La raison en est que nous n'avons en règle générale à connaître les premiers qu'à l'occasion des seconds. Le déséquilibré ne passe qu'exceptionnellement sous juridiction psychiatrique pour alcoolisme pur.

L'alcoolisme, pour n'épuiser en rien la liste des recours toxiques ici possibles (des amphétaminiques aux hallucinogènes en passant par les dérivés de l'opium ou la cocaïne), n'en est pas moins le plus fréquent. Il présente d'ailleurs, chez le déséquilibré, un visage moins spécifique que psychiatriquement familier : le visage de l'alcoolisme moderne tel que l'ont cerné les observations des services spécialisés. On y découvre, entre autres : 1) un alcoolisme moins d'habitude que d'occasion, épisodique, éventuellement massif alors (encore que ce ne soit pas la règle générale), avec de longues périodes intercalaires

pendant lesquelles les sujets s'abstiennent de toute boisson ; 2) un alcoolisme moins d'imprégnation que d'intolérance, engagé par une sensibilité particulière à l'alcool selon un affaissement du seuil moyen pour le déclenchement de l'ivresse, sur doses ainsi souvent relativement minimes ; 3) un alcoolisme dont les manifestations sont moins somatiques que tapageuses, prenant la forme des ivresses dites pathologiques et se clivant, selon les sujets, en types clastique, agressif ou confusionnel.

On conçoit donc que cet alcoolisme soit en même temps, et facilement, un alcoolisme d'utilisation, d'accompagnement ou d'appoint, notamment à la façon d'une porte aisément ouverte pour permettre de préparer, faciliter et soutenir n'importe quelle conduite prise dans la gamme des extravagances déjà évoquées ou de celles qui entraînent plus électivement l'intervention médico-légale.

6.13. Il est de tradition d'aborder ce point des *conduites antisociales* et amorales du déséquilibre en renonçant à les envisager comme des accidents, en les considérant plutôt comme la manière d'être même « peut-être foncièrement perverse » (Trillat) du déséquilibre mental ; mais ceci exige sans doute d'être examiné avec précaution. On a voulu en effet multiplier (Trillat) les traits différentiels entre l'activité délictueuse des déséquilibrés et la délinquance banale. La première serait plus polyvalente et la seconde plus spécialisée. Mais combien de déséquilibrés pourtant s'en tiennent en gros au même registre, pour tant de délinquants qui, alcool aidant par exemple, en changent ? Question statistique parfaitement incertaine étant donné l'incertitude du diagnostic. D'autre part, la première serait moins préméditée, plus impulsive, plus maladroite, moins prospective quant à ses retentissements que la seconde. Mais le critère peut-il tenir vraiment au regard du « déficit de jugement » global qui paraît être structurel pour toute

délinquance ? Dans le déséquilibre, encore, l'activité délictueuse serait plus sujette que la délinquance banale au remords consécutif. Mais ne faut-il pas noter au passage que, dans ce genre d'analyse, le caractère équivoque de toute situation d'inculpation est insuffisamment pris en considération ? Car enfin, qu'il y ait déséquilibre ou non, qu'il y ait culpabilité ou non, et en dépit de toute l'innocence présumée dont le Code se fait le champion, l'inculpé subit d'entrée l'impact d'un impressionnant appareil social de répression. Il y a gros à parier que, si il y a culpabilité, il soit, de ce seul fait, voué à un rôle dont l'exécution, avec plus ou moins de bonheur, fait du remords un paravent discutable et factice, trop fragile en tout cas pour être érigé en critère. L'activité délictueuse du déséquilibré enfin serait éminemment exposée à l'extrême récidive, sans doute moins en quantité (car nul ne songe sérieusement à contester que toute délinquance ait un coefficient élevé de récidive) qu'en qualité. En ce sens que la vie des déséquilibrés serait littéralement faite, tant elle en serait émaillée, de conduites dites antisociales et amorales, avec une part faite à la discontinuité qui reste donc singulièrement mince. Mais il faut se demander si, dans cette représentation, on pèse vraiment un fait qui, à notre sens, est nodal, à savoir qu'en épousant le dessin effectif d'une ligne qui se brise à chaque délit et peine qui s'ensuit, la résultante la plus patente n'ait pas à être reprise sur le plan dramatique, dans une vie chaque fois un peu plus dévastée, un peu plus isolée, un peu plus désorientée. Ce qui nous renvoie donc à un arrière-plan, singulièrement délaissé dans l'optique habituelle, quand il s'agit de ces sujets.

Mais concluons d'abord sur ce point. Il n'y a rien, dans le domaine de ces critères importés, qui permette de différencier, de science sûre, le délinquant du juge et le déséquilibré du psychiatre. Et il faut d'ailleurs préciser que, dans tous les délits où peut s'illustrer le déséquilibré

(qu'il s'agisse de grivèlerie ou de filouterie, de voies de faits ou d'incendie volontaire, de tentative de meurtre ou d'outrages publics à la pudeur, de vagabondage ou de port illégal d'insignes et d'uniformes), l'expertise psychiatrique apparaît souvent comme un quitte ou double : experts et contre-experts se démentant souvent, par exemple, dans leurs examens pour un même délit ou, encore, un même expert se démentant, lors de ses examens successifs pour des délits différents chez un même délinquant. Où chercher alors la marque spécifique jusqu'ici introuvable de cette réalité ubiquitaire ?

Le déséquilibre thymique

6.14. Pour essayer de fixer cette ubiquité originaire du plan clinique, décevant là où on aurait pu l'escompter patent, on a voulu installer le déséquilibre mental dans le plein de la perturbation endogène. Et c'est ainsi qu'on lui a fait d'abord emprunter ses traits essentiels aux vieilles constitutions psychopathiques, dans une sorte de florilège de référence souvent encore actuelle. Encore récemment (1947), Borel titrait un des chapitres de son livre sur ce thème par l'énumération des traditionnelles constitutions et par cette péremptoire conclusion : « Leur association forme le déséquilibre psychique ». Dans cette perspective, le déséquilibre psychique emprunterait par exemple : à la constitution paranoïaque, sa note d'égoïsme, d'égocentrisme et d'autophilie ; à la constitution cyclothymique, ses sautes brusques d'humeur et son instabilité caractérielle ; à la constitution hyperémotive, ses feux de paille passionnels ; à la constitution perverse, sa retivité et son amoralité ; à la constitution mythomaniaque, ses affabulations diverses d'arrangement ou de compensation.

Sans doute ne peut-on entièrement disconvenir que, en deçà de l'inspiration constitutionnaliste aujourd'hui bien

vermoulue ou d'un langage caractérologique qui n'a guère affiné ses concepts, il n'y ait là « quelque chose », mais qui reste à fixer dans sa nature exacte. Ainsi, dans des cas, que l'on dit, en médecine, extrêmes, évoquera-t-on assez invinciblement des notions telles que celles de cycloïdie, d'épileptoïdie, de syntonie, pour désigner le fond thymique sous-jacent à tel type particulier d'accidents chez un même sujet. Plus souvent (Trillat), on relèvera, plus que cette sorte d'imprimatur biotypologique, des données beaucoup plus floues, que l'on rapporte alors à la labilité émotionnelle, avec fragilité et instabilité thymique, affaissement du seuil d'excitabilité émotionnelle, dérèglement neuro-végétatif et endocrinien. Mais il est aussi des cas où on exhumera avec plus ou moins de prudence ces formes souterraines dites par Borel formes légères, où le déséquilibre « se dissimule plus ou moins bien, surtout chez les sujets intelligents » jusqu'au jour où telle occasion ou défaillance le fait sortir de son ombre.

Bref, l'ubiquité psychiatrique du déséquilibre mental est peut-être à son comble dans la recherche d'une coulisse biologique nébuleuse, avec son *deus ex machina* thymique. Sans doute y trouve-t-on toujours un peu ce qu'on y cherche, mais en parfaite conformité avec une démarche qui ne fait guère plus que superposer un second degré fantomatique préfiguré là où le premier degré des accidents reste, en lui-même, muet. En un mot, la recherche de ce quelque chose au ciel de l'objectivation thymique se perd pratiquement très vite dans les sables du verbe et de l'inutilité.

Encore une fois, cela n'implique pas qu'il n'existe pas là quelque chose cliniquement. Mais comment, concrètement, tel flagrant délit disthymique d'un sujet recueilli au terme d'une fugue trop euphorique ou syntonique ou à l'occasion d'un coup de cafard nettement neurasthénique, ou encore après un coup de tête épileptoïde, pourrait-il ne renvoyer en fin de compte qu'à lui-même ? Comment, dès lors que

l’on tient compte primordialement de l’enchaînement des actes de toute vie pour l’éclairage de tel ou tel, ce flagrant délit ne renverrait-il pas, au moins autant qu’à la schématique dynamique cortex et sous-cortex de notre savoir thymique, à la ligne génétique d’une histoire et d’un drame qui doivent bien peser de tout leur poids dans le conditionnement de conduites hors desquelles, de toute façon, aucun « déséquilibre thymique » ne saurait en lui-même transparaître ?

Nous changeons alors insensiblement de chapitre.

HISTOIRE ET DRAME DANS LE DÉSÉQUILIBRE MENTAL

6.15. Le déséquilibre psychique, dit-on, est « un état mental permanent », c’est-à-dire « d’abord une histoire » (Trillat). Comment l’entendre ? Puisque nous sommes à la recherche d’un fil éventuellement conducteur dans toute cette histoire de troubles de la conduite, définis dans et par la vie en société, dans et par les cadres sociaux, l’inventaire chronologique nous paraît être la démarche première. Le diagnostic trouvera là son fondement le plus sûr, et en règle générale rétrospectif, quand l’histoire de la vie de ces sujets sera suffisamment avancée pour permettre de rétablir un certain profil évolutif par des rapprochements quand même suggestifs aux différents âges du sujet.

A l’âge de l’enfance

6.16. En lui-même, l’examen de l’enfance n’apporte rien de bien significatif puisque, par définition, à cet âge les comportements irréguliers sont maintenus dans d’étroites limites de par les contraintes éducatives. On ne retrouvera donc, et encore une fois seulement par le truchement d’une anamèse rétrospective auprès du sujet ou de son entourage, que des données dont le rappel pourra être

évocateur si elles sont rapprochées de celles des autres âges.

Ainsi la scolarité aura été mauvaise, non par manque d'intelligence mais par négligence ou indifférence, opposition ou instabilité, et l'assiduité connaîtra quelques hauts dans des matières privilégiées mais surtout beaucoup de bas. Ainsi déjà l'avenir s'annoncera mal, car les études, inachevées, quel qu'en soit le niveau, ne se solderont pas par les diplômes élémentaires. Les délits qu'on trouve à cet âge auront tendance à déborder le cadre de la cellule familiale. Les larcins, les destructions d'objets, l'école buissonnière, les maraudes, les fugues composeront assez souvent une constellation antisociale précoce, démonstrativement signifiée en tout cas quand elle débouche sur l'intervention de l'instance judiciaire représentée par le tribunal pour enfants.

Au registre plus flou de l'accompagnement psychologique ou caractérologique, on rétablira assez souvent le portrait plus ou moins chargé d'enfants difficiles, susceptibles, violents, malfaisants, mythomaniaques, sujets à des crises de colère ou de tristesse, qui n'apparaissent d'ailleurs que comme majorations, sous forme d'éclats, d'une excitabilité et d'une impressionnabilité plus habituelles. De cet ensemble, sans grande qualification de spécificité et susceptible d'être quelque peu induit dans la rétrospective, se dégage peu à peu la classique « rétivité à la contrainte » qui précise certainement son visage, quand, pour cet enfant buté, révolté, caractériel, elle est à l'origine de l'intervention précoce d'une autre instance sociale, celle du psychiatre d'enfants.

A l'âge de l'adolescence

6.17. L'habituelle crise d'originalité juvénile est, on l'a assez dit, fonction des essais-erreurs réclamés par l'élargissement soudain de la marge d'indépendance

sociale de l'adolescent. Elle va se profiler ici avec un visage peut-être un peu excessif, difficile sans doute à observer en tant que tel dans la mutation que vit alors l'adolescent, mais plus lisible s'il est relié aux antécédents et à la suite. L'affirmation au sein d'une profession, qui a été mal engagée du fait de l'inachèvement des études, connaîtra l'instabilité, mais au moins autant par manque d'intérêt pour le travail alors nécessairement peu qualifié que par la classique « incapacité à l'effort soutenu ». L'apprentissage sera rarement mené à terme et le nouvel échec social, embobiné à l'échec scolaire, représentera un nouveau coup de frein pour la carrière professionnelle. L'engagement militaire dans ces conditions sera moins la recherche d'aventures qu'un pis-aller, un coup de tête dans une situation sans issue. L'affirmation sociale multipliant à cet âge les contacts extra-familiaux, les occasions délictueuses le seront parallèlement, sous forme de contacts avec le pseudo-milieu des bandes et gangs de jeunes, de la fréquentation valorisante de « caïds » de tous genres, d'une assiduité oisive aux bars où se montent les « coups ». L'état marginal trouvera là également le moyen de nourrir son opposition pour l'excessif et l'ostentatoire, par exemple dans la manipulation assez dérisoire de l'uniforme militaire avec inculpation correspondante au tribunal des mineurs pour « port illégal ». Les épisodes militaires pourront être marqués d'une cascade d'incidents, depuis l'intolérance à la discipline avec « outrages à supérieurs » jusqu'aux sauts du mur, choses souvent sans portée mais vite transformées administrativement parlant et livrées au tribunal militaire. A cet âge, l'inconséquence perd rapidement ses droits et les cercles vicieux commencent à resserrer leurs griffes dans des cadres sociaux plus rigides et plus exigeants.

Dans ce contexte, des traits psychologiques plus subtils sont alors susceptibles de se dégager. Par exemple, quantité de projets et d'affaires seront entrepris et abandonnés d'une manière brouillonne où la part de

lassitude des autres vaut le caprice de l'intéressé. Dans ces hauts et bas sailleront autant d'occasions de brouilles et de réconciliations. Tout cela constitue une sorte de feu d'artifice, parfois spectaculaire, surtout désordonné, où insensiblement va se creuser, prématurément mais sûrement, parallèlement à son inutilité sociale, l'isolement relationnel du déséquilibré.

A l'âge adulte

6.18. Tout cela paraît donc assez mal parti jusqu'ici et l'on en est à se demander si les dés ne sont pas déjà jetés. A l'âge adulte le déséquilibre coïnciderait, sur le fond, avec les accidents et conduites du chapitre précédent. Si l'âge adulte ne tombe pas du ciel, la coïncidence réclame d'être examinée préalablement dans son fondement.

Il faut en effet tenir compte, sans complaisance sans doute mais surtout sans hypocrisie, de tout ce qui s'est déjà si mal préparé dans l'enfance et dans l'adolescence de ces sujets. Leur singularité n'a pas eu beaucoup d'autre écho que la bonne volonté plutôt rare et fatigable de l'entourage et le rejet ; il n'y a guère eu d'autres réactions à leurs frasques que la coercition, tout au plus tempérée de paternalisme. Bref, il n'y a pas eu de véritable prise en charge de la part du cadre social, et cela en parfaite conformité avec sa loi de rejet pour qui fait infraction à ses normes, sort de sa marge étroite de tolérance, ne se soumet pas aux rythmes rigides de l'entrée en fonction prescrite.

Au fond, ce que nous puisons ici essentiellement dans l'enfance et l'adolescence, dont l'âge adulte ne saurait être coupé, c'est, sur le plan capital de la vie socio-professionnelle, le surgissement d'un *cercle vicieux génétique.* Celui-ci possède un style particulier et on pourrait peut-être en fixer les termes de la manière suivante. Cet enfant, plutôt plus doué que la moyenne et

dont la perversité n'est après tout qu'une fabrication rétrospective, gâche sa scolarité ; le voilà donc, à l'adolescence, en situation objective d'infériorité pour franchir le pas décisif de l'autonomie sociale décrétée formellement à cet âge. Cet adolescent ne peut avoir qu'une conscience vive, sinon de l'arbitraire du verdict imposé, du moins de la distance entre ses capacités et ce qu'il pourra très prosaïquement faire dans la vie. On conçoit peut-être mieux par conséquent son précoce sentiment de frustration, vite mué en haine sociale. Mais à l'âge de l'adolescence, comment ne pas renchérir alors sous forme d'écarts plus spectaculaires qu'efficaces, à la stricte mesure des moyens de cet âge ? Comment ne pas être, notamment, instable dans un travail insatisfaisant ou irrégulier dans un apprentissage de seconde zone ? Comment aussi ne pas fabuler négativement, à titre de compensation et de provocation, sous forme d'insoumissions et de rébellions assez vaines dans tel ou tel registre de l'acte et du verbe ostentatoire ?

Mais alors, il y a gros à parier pour que, dans le passage à l'âge adulte, âge qui est tout aussi péremptoirement décrété l'âge des responsabilités, les choses n'évoluent pas selon le registre d'« harmonie » implicite que suppose, propose et impose la grande machinerie de l'ordre. Il y a toutes chances plutôt pour une persévération dans la pente prise, même si elle se déroule selon un anachronisme de plus en plus patent, les années passant. On verrait mal comment le problème s'évanouirait comme par enchantement dans l'exacerbation, alors de plus en plus caricaturale, de la triade : conduite anti-sociale, répression sociale, haine sociale. Et, à cet égard, il est peut-être un peu trop facile d'évoquer, entre tant de désignations, l'« infantilisme » ou l'« arriération affective » de ces sujets. Avant d'évoquer un défaut de l'étoffe, il faut peut-être prendre en considération le fait qu'en dehors de circonstances absolument exceptionnelles,

sociologiquement parlant, dans l'ordre où vivent ces sujets, les occasions sérieuses de redressement offertes à ceux qui prennent un mauvais départ sont singulièrement minces : tant il est vrai que l'ordre social où nous vivons ne connaît, en ces domaines, d'autre homeostasie que la loi du tout de la répression ou du rien du laisser-faire.

Ainsi, si, dans cette coupe longitudinale opérée dans la trajectoire que suit la vie du déséquilibré, on peut malgré son caractère sommaire saisir sur le vif la genèse d'un cercle vicieux, il ne faut pas s'étonner alors que sa vie quotidienne d'adulte, prise cette fois en coupe transversale, quelle que soit la sphère où elle se déroule et quels qu'en soient les éclats ou péripéties, revête la forme étrangement répétitive d'un circuit fermé impliquant un retour, systématique, à une sorte de degré zéro exténuant. Telle, en tout cas, nous paraît être la figure spéciale de ce qui est proprement le *drame* du déséquilibré. Pour essayer d'en cerner plus précisément le visage, nous rapporterons maintenant une observation où ce circuit se dessine de la façon la plus nette dans un plan différent de ceux que nous avons jusqu'ici évoqués : le plan sentimental dans lequel se distingue encore assez fréquemment le déséquilibré.

6.19. Voici M.R., né en 1924 et de passé chargé selon le portrait-robot du déséquilibré. Rien n'y manque en effet : fugues de l'enfance sur fond de dissociation familiale, mailles à partir avec la justice dès l'âge de onze ans, séjours en service de psychiatrie infantile puis en maison de rééducation, engagement militaire dans la Légion étrangère, campagne d'Indochine, tatouages, blessures, maladies coloniales, réforme de ce fait, reprise de la cascade d'infractions (arrosées maintenant et impulsives) avec condamnations multiples et séjours non moins multiples en hôpitaux psychiatriques.

Nous admettons M.R. dans le service, pour la première fois, au onzième délit, en 1957, sur expertise médico-légale

(pour une vétille : vol de vélomoteur en état d’ivresse). Mais c’est le contexte qui déjà est significatif. En effet, il aura suffi que ce garçon athlétique, sympathique, intelligent, entreprenant, fourmillant d’idées, se mette en ménage de la façon la plus banale avec une fille de son âge pour que celle-ci meure subitement en pleine lune de miel d’un ictus hémiplégique. D’abord soupçonné vu son passé, inculpé, R. n’est libéré qu’après autopsie de la jeune femme. Cependant, il est essentiellement inconsolable. Il cesse le travail un moment régularisé, se remet à boire jusqu’au moment où il commet le délit qui le fait interner.

A l’hôpital, sédation rapide. Rien à noter ni au point de vue de l’humeur, ni au point de vue du caractère. Multiples services rendus par contre dans le secteur occupationnel, où il s’avère savoir faire ce qu’il veut de ses mains. Dans ce contexte, il fait connaissance d’une jeune femme étrangère au service, de bonne situation, libre de toutes attaches ; elle s’intéresse à lui, l’entichement réciproque s’accélère, elle s’occupe activement de lui trouver une place. R. sort donc de l’hôpital et s’en va vivre avec elle. Au début, temps d’idylle retrouvé, les enfants de la jeune femme adorent R. qui ne boit plus, devient un compagnon ponctuel et travailleur. Puis, peu à peu, la situation se détériore, les raisons de cette détérioration restant apparemment de l’ordre habituel de la lassitude réciproque progressive. Mais R., qui avait cessé de boire, reprend ses anciennes habitudes et délaisse le travail. En un mot, il ne prend pas son parti de la détérioration où il était sans doute partie prenante mais qu’il concourt à accentuer en l’incurvant vers le mélodrame : les discussions se multiplient, on en arrive aux disputes, arrosées bien sûr, et aux coups. En fin de compte, la jeune femme met définitivement R. à la porte. Le registre mélodramatique va de plus belle, il se poste la nuit aux abords de la maison, profère des menaces publiques, la jeune femme appelle à l’aide. Bref, la situation, intenable, se rompt subitement et

spectaculairement par un nouveau coup d'éclat, mais sur un terrain neutre : ivresse pathologique dans un bar et nouvel internement, en 1959. En bref, deux années de perdues. Cette fois, R., au moment de l'hospitalisation (on « comprend » cela après le nouveau coup dur) est légèrement dépressif. Il s'en sort toutefois rapidement et reprend bientôt sa vie agitée.

Passons sur quelques péripéties classiques dans les deux années qui suivent avec nouveaux séjours en prison, voire même un séjour en service psychiatrique spécial de type disciplinaire et dit de sûreté. Quoi qu'il en soit, en 1961, nous voyons R. reparaître dans le service depuis cet hôpital de force où il aura séjourné plus d'un an. Dire qu'il en revient « mâté », selon le langage pénitentiaire usuel, certes non, mais il est plus vindicatif que jamais à l'égard de l'ordre social. Quoi qu'il en soit, il reprend très vite visage normal dans le service mais il y fait malencontreusement la connaissance d'une malade. La jeune personne est, sous son charme incontestable, une hystérique authentique et romanesque à souhait. Au bout du compte elle décide d'abandonner mari et enfant et R., disponible, combine avec elle en sourdine un enlèvement. Chose dite, chose faite : R. sort de l'hôpital et exécute effectivement le projet dans des circonstances quelque peu rocambolesques. Plus de nouvelles d'eux pendant quelques mois, mais, au bout de ceux-ci retour spontané de R. en consultation, content de lui, heureux de vivre, sourire aux lèvres, bouche en cœur, et se confondant en excuses à notre endroit. Ils se sont embauchés plus ou moins clandestinement dans un hôtel comme serveur et serveuse et tout va bien, financièrement même. Seulement le romanesque de la jeune femme rebondit, on décide de tenter chance à Paris, on y part, on y noue ou renoue quelques connaissances douteuses dans le milieu. Tant et si bien que le nouvel amour de R. se fait enlever, une seconde fois, par un maquereau notoire et en poussant la

conséquence avec sa nouvelle carrière jusqu'à se faire « mettre en carte », pour « vivre sa vie » comme elle nous le dira ultérieurement. Voilà R. à nouveau inconsolable, pas plus capable que naguère de prendre son parti de ce nouvel abandon. Seulement on ne plaisante pas dans le milieu ; il se sent menacé, redescend de Paris, armé. Finalement, on le désarme. Il retourne dans le service où les choses se tassent une fois de plus et dont il sort rapidement. Mais le voilà revenu une fois encore au point de départ avec deux nouvelles années perdues.

Nous n'entendons plus parler de R. jusqu'en 1965. Tribulations diverses sans doute, mais sur un mode mineur subliminaire pour les interventions policières. Puis au cours de cette année 1965, coup de téléphone : R. veut nous présenter la jeune fille avec laquelle il va se marier ! Nous les recevons évidemment avec plaisir. La jeune fille qui a vingt-trois ans, est, elle aussi, charmante et même, comme on dit, de bonne famille. R. ne lui a rien caché de son passé et la situation paraît donc satisfaisante pour une remise sur rails. De fait, mariage rapide, grossesse non moins rapide, le couple habite chez les beaux-parents, et d'ailleurs R. travaille avec son beau-père. C'est donc encore une fois l'idylle. Et puis une nouvelle fois les choses se détériorent, sans que la détérioration dévoile mieux les fils constitutifs de sa trame. Quoi qu'il en soit, la jeune femme, comme R. sans doute, se lasse. R. ne s'en accommode pas davantage, cesse le travail, se remet à boire, découche. A nouveau, discussions, disputes, coups et, en fin de compte, c'est la rupture. R. chassé, reprend le ton insistant, menaçant, violent, et ce sont de nouveau, sur libations, les commandos d'intimidation de naguère. Plaintes auprès de la gendarmerie, chasse à l'homme dans le style roman-feuilleton, coups et blessures et prison à terme. Cette fois l'expert ou le procureur sont probablement excédés. Il n'est pas adressé au service, et nous le perdons de vue.

6.20. Si l’on prend les étapes successives de cette tranche d’histoire envisagée sur le plan du sentiment, on est à la fois saisi : par sa banalité (ce n’est pas par hasard qu’on est amené à évoquer les situations du mélodrame ou de la bande dessinée) ; par le côté « fleur bleue » de ce qui se trouve là chaque fois engagé ; par une répétitivité à l’état pur d’une sorte de juvénile situation-aspiration originaire ; par l’aggravation enfin, au moins faute de progrès, d’épisode en épisode, du statut général de l’intéressé. Tout se passe en somme comme si, de la banalité répétitive (chaque fois coup de foudre, chaque fois semblant de redémarrage, chaque fois perte dans les sables), l’histoire de la vie du sujet, trouvait seulement à nourrir, par le truchement d’une stagnation dans un état qui ne serait licite qu’aux années d’apprentissage, sa perturbation, mais croissante au gré des années. Tout se passe en somme comme si, les plus pures intentions du monde au registre du sentiment ne relevaient que d’impossibilités majeures *ailleurs* et ne pouvaient donc déboucher que sur un échec systématique sur le plan de cet ailleurs toujours inéluctablement retrouvé. Tout se passe en somme comme si l’aventure amoureuse représentait surtout la vaine tentative d’exorcisme incessamment reprise à l’encontre d’un mauvais génie présidant ou opérant en coulisse au destin de l’intéressé.

On se référera alors au déséquilibre thymique pour donner un nom à cette constellation de gâchis. Pourtant, à regarder de plus près le profil de l’histoire sentimentale évoquée, ne pourrait-on tout autant lui donner d’autres noms ? Quand on voit R. insister inadéquatement et se débattre alors par trop spectaculairement, ne faudrait-il pas faire, au moins autant par exemple, le diagnostic d’une recherche désespérée pour le maintien forcené, donc catastrophique, d’un rêve ? Et si l’on rapproche cet aspect dramatique de la genèse évoquée plus haut, ne sommes-nous pas alors amenés à d’étranges lueurs. Serait-ce

seulement dans le déséquilibre mental que l'ordre social où nous vivons proposerait l'illusoire fleur bleue à titre de compensation pour tout ce qu'il n'est pas possible d'être ou de faire ailleurs ? Quoi qu'il en soit, et nous ne prétendons ici que poser la question, la frontière si embarrassante du déséquilibre mental pourrait bien en fait ouvrir surtout le procès d'un système où la protection de l'individu est un leurre et qui, pour ceux dont la vocation n'est pas d'être de parfaits rouages, ne réserve que les honneurs en cas de réussite ou telle ou telle prison en cas d'échec. Et cette situation n'offre pas la moindre issue possible et il ne peut exister le moindre tremplin qui ouvre la voie d'un compromis ou d'une compensation. Thèse excessive apparemment, mais peut-être moins qu'on ne le pense, si l'on tente de reprendre maintenant de plus près le problème des ambiguïtés sociologiques du déséquilibre mental.

APPENDICE

6.21. De l'école allemande, fertile en classifications, ce sont les études de Kurt Schneider qui sont les mieux connues. Cet auteur ne retient pas moins de dix catégories et nous en citerons les principales, dans la mesure où la référence à telle ou telle peut avoir une certaine utilité de repère dans la pratique — étant entendu, en même temps, qu'on y pourra retrouver autant de variantes autour du noyau commun précédemment envisagé.

Ici, la personnalité sera dite *hyperthymique* et cette case incluera ces enjoués, ces bienveillants, ces hyperactifs que d'autres, plus inspirés par les considérations typologiques, nommeront « sanguins », ou « pycniques » ou « hypomaniaques ». Ailleurs, on parlera de personnalités *dépressives* ou *inquiètes* et cela enveloppera ces sombres, ces moroses, ces irritables, ces grognons, mal distincts des inquiets ou des douteurs réputés sensitifs. On évoquera

aussi les personnalités *fanatiques* désignant ces sthéniques, plus ou moins excités et agressifs, où se recruteraient les sectateurs de tous ordres. Là encore on parlera de personnalités *« qui ont besoin de se faire valoir »,* soit ceux chez lesquels transparaîtrait quelque note hystérique depuis le besoin de se donner en spectacle. Enfin on distinguera des personnalités *apathiques, asthéniques, abouliques* et des personnalités *instables,* selon les variantes correspondantes de leurs mouvements dépressifs.

Il est certain que, de temps à autre, la pratique clinique présente avec plus de netteté le visage de telle ou telle de ces personnalités sur le fond plus ou moins certain du drame et de l'histoire précédemment envisagés. On peut alors être tenté d'évoquer la personnalité psychopathique correspondante préférentiellement au déséquilibre psychique. C'est tout ce que l'on peut dire, dans ce qui ne doit et ne peut être qu'une sorte de deuxième plan « pour ordre » dans le repérage en pratique. Aller au-delà serait spécialement hasardé, car on risquerait, encore une fois, de confondre l'art de la dénomination avec un instrument de connaissance.

Brève introduction aux ambiguïtés sociologiques du problème de la déséquilibration

6.22. A la vérité, les ambiguïtés de cette détermination de la déséquilibration ont été pressenties assez tôt. Extraite d'une pratique moins spécifiquement clinique et thérapeutique (telle qu'elle pouvait, du moins, être engagée dans les activités médicales du récent asile d'aliénés au XIXe siècle) que de son extrapolation dans la situation d'expertise, où l'aliéniste est sollicité au niveau de son savoir par l'autorité judiciaire avec mission d'émettre avis

face à une infraction, elle devait quand même faire quelque peu problème. Sans doute, sait-on aujourd'hui beaucoup plus clairement, et c'est un mérite de Michel Foucault d'y avoir tant insisté, que *toute* la discipline psychiatrique participe de cette ambiguïté d'être née d'une demande de la défense sociale. Mais en ce domaine, le problème était spécialement sensible.

Sans entrer dans le détail des opinions et des controverses du siècle dernier, rappelons pourtant la perplexité rêveuse de Magnan : « Tous ces individus, à la faveur de leur intelligence et de l'intégrité ordinairement complète de leur conscience, écrit-il, ont été rangés par quelques auteurs sur les frontières de la folie si tant est qu'un homme puisse être autre chose qu'aliéné et non aliéné ». Et on notera au passage cette réticence ou cette difficulté à penser autrement qu'en termes de cloisonnement. L'hésitation, perceptible, passe pourtant très vite et il ajoute : « Il est clair que son manque d'équilibre et sa remarquable activité cérébrale doivent le mettre à chaque instant en conflit avec les usages reçus et par suite avec les tribunaux. »

Perplexité donc, mais bien mince et vite levée, dans cette évocation d'une éventuelle position marginale du « manque d'équilibre ». Il faut ici quelque élucidation. La psychiatrie de cette époque est spécialement apologétique. Pour elle, les cadres sociaux sont là comme une donnée toute naturelle et la moindre idée de contestation ne saurait affleurer. Si elle retient donc, chez certains sujets, la notion confuse d'un manque d'équilibre, c'est pour le référer sans s'encombrer de médiations à la vieille opposition polaire entre les puissances sociales et individuelles. Dès lors, les choses vont de soi, la prévalence va à la contravention aux « usages reçus », que doit donc sanctionner en toute légitimité le tribunal d'une justice conçue au demeurant comme exclusivement répressive. La psychiatrie est ainsi cohérente avec son statut social motivé par le maintien de

l’ordre. A l’intersection du social et de l’individuel, là où on sait mieux maintenant combien tout y est scabreux et flottant, elle propose seulement le maintien prolongé en ses établissements pour certaines infractions, pour quelques anomalies.

6.23. Il faut attendre, à notre connaissance, K. Schneider, dans les années vingt de ce siècle, pour émerger, encore qu’assez platement, de cette apologétique et commencer à fixer avec un peu plus de précision les termes d’un *embarras.* Cet auteur a au moins le mérite d’amorcer une critique de la notion de personnalité psychopathique à laquelle il consacre un livre. Pour lui, à ce niveau en effet, il n’est aucun statut scientifique à espérer ou à tenter, la notion renvoyant immédiatement à celle, corollaire, de personnalité anormale. Mais les difficultés rebondissent avec ce truisme. Car si, comme il l’écrit, « le normal, au sens de la norme de moyenne, est justement ce qui est moyen » (Bibl. N° 8, p. 4), seront dès lors anormaux aussi bien « le saint ou le grand poète » que le criminel. Vérités premières, peut-être ! Critères qui s’effondrent, sûrement !

Schneider tente alors d’aborder de front l’implicite référence sociale en posant cette définition : « Les personnalités psychopathiques, écrit-il, sont des personnalités anormales telles que leur caractère anormal les fait pâtir ou fait pâtir la société » (Bibl. N° 8, p. 5). Mais ce campement de fortune ne fait qu’obscurcir davantage la problématique soulevée — ce que l’auteur marque très honnêtement en poursuivant : « La démarcation entre ceux qui pâtissent et ceux qui font pâtir n’est d’ailleurs pas nette, pas plus que la démarcation de ces deux groupes ensemble à l’égard des autres personnalités anormales. » On continue donc à tourner en rond, bien que Schneider essaie encore de pousser son analyse du côté du versant sociologique évoqué : « La souffrance de la société, écrit-il,

n’est qu’un critère approximatif. Elle fait montre aussi d’une considérable subjectivité » (Bibl. N° 8, p. 6). Toutefois l’audace de Schneider finit par se lasser, et, à notre sens, faute de savoir dépasser les étroitesses d’un objectivisme libéral un peu désuet. La mise en question d’un certain type d’ordre et de rapports sociaux, dont tous les « anormaux » sont au bout du compte les procès vivants, ne peut guère passer au premier plan dans ce contexte idéologique. Schneider retient donc, au terme de ses réserves, la notion de personnalité psychopathique en la justifiant par son besoin opératoire dans le travail clinique. C’est alors une régression sur toute la ligne (cf. sa Préface de 1949) dans l’appréciation du critère social, entrevu pourtant comme décisif à un moment de son raisonnement. Toute tentation éclectique cessant à l’abri de velléités sociologiques déçues, il ne retrouve désormais que les vieilles antiennes de valorisation du caractère au détriment de ses relations et liaisons sociales constitutives.

6.24. Force nous est donc de retenir comme infiniment plus conséquente la rupture brutale, à la façon d’une fin de non-recevoir définitive, qu’opèrent les rédacteurs de la revue *Perspectives psychiatriques* quand ils écrivent, toujours sous la plume de Neyraut : « Le point commun le plus certain de toutes ces dénominations, aberrants, pervers, inadaptés, délinquants, est qu’ils embarrassent (à tous les sens du mot) la société et que précisément la première des défenses de la société contre ces personnalités consiste à les définir comme il vient d’être dit » (Bibl. N° 2, p. 19). Contrairement à ce que pourrait laisser penser l’étymologie du terme, la déséquilibration se donne enfin pour ce qu’elle est : non plus comme l’arrogant contraire de l’introuvable équilibre, mais bien comme un produit *idéologique* de la société dont les fonctions défensives primitives n’ont été que secondairement personnalisées. Resterait maintenant, cette critique du

passé acquise, à reprendre sans préjugé tout le problème de ces frontières.

Bibliographie

[1] A. PORROT. « Manuel alphabétique de psychiatrie », Ed. P.U.F., Paris 1952.

[2] — « Personnalités psychopathiques », Numéro spécial de *Perspectives psychiatriques.* Novembre 1963, n° 5. [Ensemble d'articles très accessibles. Perspective polémique, mais données historiques et cliniques sérieuses.]

[3] H. EY. « Perversité et perversions », in *Etudes psychiatriques,* T. II, Ed. Desclée de Brouwer, Paris 1950. [Etude qui recoupe la question plus qu'elle ne coïncide avec elle. A l'occasion du problème de la perversité, examen du mode comme des marges du déséquilibre.]

[4] MAGNAN et LE GRAIN. *Les dégénérés,* Ed. Rueff, Paris 1895.

[5] B.A. MOREL. *Traité des dégénérescences,* Ed. Baillière, Paris 1857.

[6] E. TRILLAT. « Les déséquilibrés (Personnalités et constitutions psychopathiques »), in *Encyclopédie médico-chirurgicale* (Volumes : psychiatrie), T. II, Paris 1955. [Pages introductives. Etude des liens avec les névroses du caractère. Importante bibliographie.]

[7] J. BOREL. *Le déséquilibre psychique,* Ed. P.U.F., Paris 1947. [Livre écrit dans une perspective constitutionnaliste. Très complet cliniquement. Nombreuses observations. Indispensable pour son matériel. Références historiques, mais pas de bibliographie.]

[8] K. SCHNEIDER. *Les personnalités psychopathiques,* Ed. P.U.F., Paris, 1955.

[9] M. FOUCAULT. *Histoire de la folie à l'âge classique,* Ed. Plon, Paris 1961.

7

Les conduites érotomaniaques et le problème du renversement passionnel

7.1. L'érotomanie, « folie de l'amour chaste » (Esquirol) selon les anciens aliénistes, « illusion délirante d'être aimé » (de Clérambault) selon des vues plus modernes, représente certainement un des chapitres-pivots de l'histoire des idées en psychiatrie. C'est à l'occasion d'une reprise des conduites érotomaniaques, visant à constituer une synthèse et débouchant sur une exposition systématique, que de Clérambault a pu, dans les années 1920-1923, dégager de la masse des délires au long cours, ceux que l'on dit depuis passionnels. Il a individualisé ainsi (comme nous l'avons vu en 4.7) un type de motricité du délire bien spécial, la « passion », valable selon lui, aussi bien dans la jalousie que dans la revendication délirante, et détachable, au moins jusqu'à un certain point, du fatum de la constitution.

Néanmoins, c'est selon une incidence, sans doute parallèle mais quand même distante, que nous envisagerons cette question. C'est en effet dans le démontage magistral que de Clérambault opère pour ce qu'il nomme le nœud idéo-affectif de l'érotomanie, que s'éclaire peut-être, le mieux, à la façon d'un mécanisme central en psychopathologie (et pas seulement dans le domaine délirant), ce qu'on nomme le ***transitivisme*** et qui désigne le « transfert qu'un individu fait à d'autres sujets de ses propres impressions subjectives » (A. Porrot).

C’est en effet dans la sphère de la passion amoureuse (où le normal et le pathologique sont si mal distincts que J. Borel, évoquant d’ailleurs une « érotomanie subnormale », est amené à dire que « l’érotomanie est en germe dans l’amour »), que l’on pourra sans doute le mieux filmer le passage et le renversement du « Je » au « Il » : dans la mesure où le « j’aime » banal peut devenir aisément ici un « il m’aime » anormal, par le simple truchement des communes « espérances » que le Je conçoit dès qu’il s’engage dans ce registre. Or cela reste le mérite de de Clérambault, à la recherche (sans doute discutable, et nous y reviendrons), d’une motricité passionnelle pour la genèse délirante, d’avoir sondé là même où, chez l’érotomaniaque, aimer s’inverse en un être aimé, étrangement oublieux, dans son insistance pathologique, de ses prémisses censurées.

Rapide position historique du problème

7.2. Il s’inscrit, dans ses formes actuelles, selon une histoire, certes fort brève, mais pourtant instructive quant aux liens profonds existant à tel moment entre les vues régnantes dans un domaine disciplinaire donné et les mœurs, au moins idéales, en vigueur dans la société globale.

7.3. Les aliénistes du XIXe siècle utilisent le terme d’érotomanie au pied de la lettre. Ils l’entendent donc dans le sens de manie amoureuse, de manie de l’amour, et selon la ligne déjà nosographique des monomanies d’Esquirol (qui introduit, semble-t-il, le terme et la première description dans son *Traité* en 1838). D’emblée commence d’ailleurs à se manifester (sans référence encore au délire au sens moderne) une intention de rangement et de

classification, non sans curieuses arrière-pensées de symétrie. C’est dans cette perspective qu’on insiste, à cette époque, sur le platonisme considéré comme axial dans l’érotomanie. Ainsi Esquirol sépare nettement l’érotomanie, en tant que « folie de l’amour chaste » (à la façon d’une excitation platonique), des désordres prétendument physiques de l’instinct sexuel *(nymphomanie* chez la femme et *satyriasis* chez l’homme). Il insiste donc sur le côté extase, culte, pureté, imagination dans et pour cette valorisation oppositionnelle. Avec Bail, vers la fin du siècle (1887), l’érotomanie reste essentiellement cette folie de l’amour chaste, cet amour de tête et d’imagination qu’elle était chez Esquirol. Mais elle devient ici, dans une autre distribution à l’intérieur de la pathologie de la sexualité, une des trois formes de la « folie érotique », à côté de l’excitation génésique (qui regroupe nymphomanie et satyriasis) et des « perversions sexuelles » qui introduisent donc une dimension nouvelle.

L’aspect délirant à proprement parler, pour autant qu’il y ait délire dans l’illusion d’être aimé, n’est donc pas encore vu comme l’axe de l’érotomanie, même s’il est parfois discerné (Portemer en 1902). On reste polarisé en psychiatrie, comme on l’est par ailleurs dans la société globale, sur l’idéal de chasteté. La vision de la manie amoureuse s’organise donc toujours, non comme la perversion qu’à cet égard du moins elle serait de nos jours, mais sur le terrain déformant d’une idéologie. Sans doute, certains auteurs (Renaudin par exemple) notent l’inconstance du platonisme, mais il faudra que des développements nouveaux de civilisation et de culture interviennent plus près de nous pour que craquent ces cloisons fictives entre amour platonique et amour charnel et se découvre du même coup un visage moins gauchi de l’érotomanie.

7.4. Le changement ne s'opère que dans les années vingt de ce siècle : avec G. de Clérambault dont l'œuvre porte très au-delà d'une reprise clinique d'intérêt disciplinaire. De façon très pénétrante, de Clérambault montre d'abord que le dogme du platonisme n'est foncièrement qu'une apparence. Mais les anciens auteurs, dit-il, ne pouvaient que s'y laisser prendre pour des raisons d'ordre clinique. Car il est vrai que ces sujets sont des amoureux d'un genre particulier chez lesquels dominent la réserve et la pudeur. Mais il faut tout de même prendre en considération à cet égard toute la portée de l'unilatéralité dans le couple érotomaniaque. Voués au statut indéfiniment prolongé de soupirants éconduits et s'y installant selon l'irréductibilité proprement érotomaniaque, ils ne peuvent de ce fait que compenser ou renchérir dans l'ordre de l'effervescence, et ne serait-ce que pour entretenir leur roman. Comme l'écrit de Clérambault : « Tant que le sujet n'a pas atteint son premier but, l'entente parfaite, il n'a guère à penser au second qui est la jouissance. » Beau coup de balai, donc, aux ressorts mystifiés du platonisme érotomaniaque pris au pied de la lettre par des auteurs peu critiques.

Ensuite, chasteté et platonisme ainsi ruinés en tant que fondements pour une forme autonome d'amour pathologique, l'érotomanie se propose selon un visage plus véridique, tout simplement *passionnel.* Il semble que pour de Clérambault, malheureusement peu explicite, la passion ait à jouer éminemment sur terrain fait d'exacerbations et d'impossibilités mêlées et se renforçant réciproquement à l'intersection dangereuse de la réalité et de la fiction. Quoi qu'il en soit, dans le cadre des intérêts nouveaux de l'époque pour la vie affective et la vie émotionnelle, la passion érotomaniaque peut devenir l'exemple même de la passion. Et c'est ainsi que l'érotomanie figure dans son œuvre comme le modèle, et le plus fouillé, des délires passionnels.

Enfin, reprenant toute la clinique érotomaniaque, de Clérambault propose une dynamique délirante de la passion dont on peut certainement discuter. Mais dans cette recherche d'un mouvement, il est amené à pénétrer assez avant dans la dialectique « Sujet-Objet » particulière au couple érotomaniaque. Ce faisant, il découvre le gauchissement qui fait que, dans cette situation amoureuse singulière, ce qui apparaît primordial pour le Sujet, ce n'est pas son amour pour l'Objet mais paradoxalement l'illusion d'être aimé par l'Objet.

7.5. Aujourd'hui, tout en conservant l'essentiel du démontage de de Clérambault, on est plus attentif au concret particularisé des conflits et des tensions, des événements et des situations qui fondent la passion érotomaniaque et on constate (Ferdière aussi bien que Fretet) que les relations dramatiques où elle flambe sont plus diversifiées — avec retentissement de ce fait sur ses modalités — que ne le voudrait le modèle. On ne conçoit plus la passion à la façon de cette espèce de motricité qu'elle était, pour de Clérambault, dans le délire, car ce sont les conditions de cette motricité qui paraissent elles-mêmes à élucider primordialement en chaque cas. Dans ce déplacement de la prise de vue, les fonctions de la passion apparaissent infiniment plus nuancées, comme en atteste par ailleurs éminemment la littérature contemporaine. D'autre part, la pratique clinique tend à abandonner les nouvelles outrances de la nosographie que cette vision de la dynamique passionnelle avait ouvertes chez de Clérambault. On ne retient plus sa dichotomie *érotomanie pure* et *érotomanie associée* et l'on s'oriente vers une notion unitaire enveloppant des éventualités où la note érotomaniaque s'avère plus diffuse, moins rigide, plus fluide. Enfin, on répugne à maintenir un signe d'équivalence entre érotomanie et délire. Pourtant, on reste toujours fidèle aujourd'hui à la définition par l'illusion

d'être aimé, parce qu'elle indique l'essentiel dans ce domaine, à savoir le renversement transitiviste qui reste ici la matière du morbide (quand on l'appréhende du moins selon l'angle relationnel).

Le développement de l'érotomanie

LES CONDITIONS DE PERSONNALITÉ ET DE PASSÉ

Le point de vue classique

7.6. On ne prête classiquement à l'érotomanie que peu d'intérêt : les érotomanes sont considérés à la façon d'une variété de persécutés plus ou moins persécuteurs, les persécuteurs érotiques, dans le cadre général des troubles mentaux de la dégénérescence ou de la constitution paranoïaque.

Ainsi la description clinique brasse volontiers thèmes et conduites au long d'une évolution délirante prolongée et remodelée aussi selon ses conditions d'arrivée. De ceci peut témoigner une observation célèbre et savoureuse rapportée par Taguet et reproduite par Régis dans son *Précis.* Elle nous fera saisir en même temps comment cliniquement, au carrefour du XIXe et du XIXe siècles, l'érotomanie proprement dite se dégage, à la manière d'un délire au sens moderne, de la classique manie amoureuse ; comment on la voit aussi, avant de Clérambault, à savoir comme incluse dans la folie raisonnante ; comment enfin le renversement se prépare peut-être alors pour le déplacement d'incidence où de Clérambault va s'illustrer sur le plan psychopathologique.

« M.X. entre comme précepteur dans une des plus grandes maisons de France. L'accueil bienveillant dont il fut l'objet de la part de la princesse de *** lui fit espérer qu'il

pouvait gagner son cœur. Un jour que la princesse était occupée à écrire, penchée sur son bureau, X. s'oublia jusqu'à déposer un baiser sur son cou. L'offense était grande, mais ne pouvait monter jusqu'à elle. Le mari ne s'en inquiéta pas davantage.

M. de *** meurt, le cœur de la princesse est libre. A partir de ce moment, X. lui écrit des lettres étranges, insensées, protestant de la pureté de ses intentions et revenant sans cesse sur cette vieille histoire du baiser.

Enfin, il consent à s'éloigner de Paris, mais il y revient presque aussitôt. La princesse lui ayant fait consigner sa porte, il s'installe dans une maison qui lui permet d'étudier ses moindres mouvements : le jour, il la suit dans les églises, dans les magasins, dans les rues. Un soir, il pénètre dans sa voiture et couvre de baisers brûlants les mains d'une femme de chambre qu'il prend pour elle. La nuit il jette du sable, de petits cailloux contre les fenêtres de son appartement.

Sur les plaintes de M. le duc de ***, beau-frère de la princesse, X. est séquestré d'office après examen du professeur Lasègue. A l'asile, son délire continue, et il cherche à prouver qu'il est aimé de la princesse. Comment expliquer, sans cela, cet attrait invincible qu'ils éprouvaient l'un pour l'autre, ces mouvements de projection du bassin en avant, ces spasmes nerveux que Mme de *** éprouvait en sa présence, ces pressions du pied, ce fluide qui courait dans leurs doigts lorsqu'ils venaient à se rencontrer ?

Rendu à la liberté, le premier soin de X. est de poursuivre M. le duc de ***, les docteurs Lasègue et Girard de Cailleux pour séquestration illégale, réclamant 100 000 F de dommages-intérêts. Il perd son procès,

Après la guerre, pendant laquelle il sert comme capitaine, X. fait appel du jugement qui l'a condamné, et demande à plaider lui-même sa propre cause. Il perd en

appel, mais se pourvoit en cassation » (Bibl. N° 3, p. 469-470).

Le point de vue de de Clérambault

7.7. L'érotomanie tend à être détachée maintenant du cadre constitutionnel antérieur. Du moins n'est-il plus nécessaire, selon de Clérambault, d'être paranoïaque pour présenter une « érotomanie pure » (même si l'on peut, étant paranoïaque, présenter une « érotomanie associée »). De Clérambault admet toutefois que le caractère antérieur donne sa note au développement délirant. Mais il insiste peu sur ce point, ce qui est tout à fait dans la logique de sa vision où la passion pathologique suffit à tout au point de vue moteur. Donc de Clérambault se borne à enregistrer l'« hypertonie affective » de départ chez ces sujets, et, par définition en somme, sans accorder d'importance aux contingences dramatiques dont il a précisément tenté l'élimination de principe dans son souci de découvrir là une mécanique pure.

La situation actuelle

7.8. On retient certes la possibilité d'un passage à l'érotomanie en dehors de toute paranoïa constitutionnelle, dont la réalité s'est considérablement estompée. Mais on va au-delà de de Clérambault en reprenant précisément au niveau de ces prétendues contingences qu'il a éliminées, en contestant l'importance dynamique, énergétiquement prévalente, de la passion. On essaie plutôt d'embrasser les choses à partir de l'*articulation* du développement passionnel et du développement situationnel. On porte donc préférentiellement l'attention sur les *fonctions* jouées par telle ou telle passion dans la trame de la vie du sujet et en rapportant notamment leur charge subjective à toute la gamme *d'impossibilités* ou d'impasses dont est fait chez lui l'aboutissement dramatique d'une histoire. On retient alors

de la synthèse théorique de de Clérambault toute une série d'éléments plus nuancés en fonction de cette incidence, à savoir des constellations de personnalité et de situation fort variables avec des développements érotomaniaques non moins variables. Par exemple, en condensant quelques sources personnelles.

Cas n° 1

C'est une étudiante de vingt ans, travailleuse, pas mal pourvue par le sort, mais ne sachant l'art de se mettre en valeur, et donc relationnellement isolée comme sentimentalement frustrée ; elle bovaryse dans le registre de la presse du cœur, « idéalise » d'abord un médecin célèbre, puis un de ses professeurs ; mais l'identification qu'elle manifeste avec ce dernier, de sexe féminin d'ailleurs, évolue jusqu'à friser l'érotomanie, par ses démonstrations, protestations, importunités ; tout ayant débuté par l'intérêt très normal que le maître avait pris au travail d'une élève plutôt douée. Tout se liquide en quelques mois.

Cas n° 2

Voici maintenant une ménagère, de la trentaire, sans profession, sexuellement et sentimentalement mal satisfaite par un mari plus effacé que médiocre au demeurant ; elle bovaryse également, mais dans un registre moins courant, puisqu'elle écrit des chansonnettes, vers et musique, encore que dans le style le plus plat que puisse connaître le genre ; pourtant elle développe un délire extensif axé sur une érotomanie durant depuis plusieurs années et dont l'objet est le médecin de famille.

Cas n° 3

C'est ici une romancière, âgée de la cinquantaine, douée et d'ailleurs maintes fois publiée ; mais elle ne parvient pas

pourtant à percer le plafond de la célébrité orgueilleusement escomptée sinon par des scandales ; elle frise, franchit même parfois les frontières du paranoïaque et du mégalomaniaque, en incriminant par exemple l'existence d'un « complot » faisant obstacle à cette réussite ou en suggérant l'« hypnotisme » comme fondement à quelque ébauche d'automatisme mental. Au registre de la fixation érotomaniaque, moins fluide ou plus patent, elle présente un premier passage (d'une bonne année) avec pour objet une personnalité politique de premier plan devenue son avocat ; les choses se tassent mais, après un long intervalle libre et dans un nouveau moment critique, c'est un second passage, avec d'étonnantes fluctuations, sur la personne d'un psychiatre traitant.

Au travers de ces constellations, une certaine unité du thème se confirme donc incontestablement, et bien à base de frustation-compensation (Lagache). Mais, ne serait-ce qu'au travers de leurs fluctuations sommairement indiquées, ce thème apparaît moins centré par la passion que trouvant dans celle-ci, et surtout dans celle qui est prêtée fictivement à un autrui particulier, le substitut de fiction à l'intérêt que, dans la vie, autrui en général ne prête pas réellement..

On trouve ici, par conséquent, comme souvent dans la trame dramatique des troubles mentaux : (1) une cascade d'échecs ou d'insuffisances accumulés dans le passé ; (2) une cristallisation dans le présent par sommation d'insatisfactions et de vides ; (3) un creux dès lors préparé pour une aventure qui va s'essayer, plus pathétiquement que caricaturalement, à ne pas rester fictive ; (4) une exaltation passionnelle certes, mais où la part à faire à ce qui revient respectivement à la personnalité ou aux avatars de l'aventure elle-même paraît relever davantage du ressort de la divination que de la psychiatrie.

L’ÉCLATEMENT ÉROTOMANIAQUE : LE PROBLÈME DU « POSTULAT »

7.9. Quoi que l’on pense de ses considérations pathogéniques, il faut certainement se référer à la systématique de de Clérambault pour concevoir. l’éclatement érotomaniaque.

Tout repose là, dit-il, sur un « postulat » qu’il définit par « la conviction erronée de l’emprise totale sur le psychisme sexuel d’une personne donnée ». Autrement dit, le point le plus saillant est que nous sommes là fondamentalement, comme le souligne Follin, dans le registre de la *possession* puisque d’emblée le sujet a le sentiment inébranlable de posséder l’objet, fût-ce par le truchement d’une emprise inventée et renversée. Mais quelles sont la constitution et la teneur du postulat ? Pour de Clérambault, il se constituerait à la façon d’une vérité instantanée, comme une croyance irréductible, au point de rencontre mais aussi de fusion entre une idée claire et une émotion prolongée, bref comme un *nœud idéo-affectif.* Quelles en sont les spécifications concrètes ? Trois, selon l’auteur, puisque cette conviction s’avère à la fois inébranlable sur le plan de la discussion et de la contestation, imperméable à l’expérience et à ses démentis, rebelle à l’évidence. En clair, il s’agirait donc de conditions qui seraient immédiatement et définitivement à leur acmé selon la texture suivante : le sujet s’éprend, sans doute tout banalement, mais aussitôt il est sûr : que c’est l’objet qui le premier s’est épris et qui donc a inauguré la poursuite ; que c’est l’objet qui aime le plus et parfois, comble donc de l’inversion, qui aime seul ; que l’objet est un personnage unique, en vue, de position élevée ou distinguée par quelque qualité, cette mise sur piédestal ne manquant jamais.

En pratique, il paraît y avoir instantanéité de la postulation, quelle que soit la conduite érotomaniaque

considérée. On peut se demander pourtant où s'achève là l'apparence, car, en règle générale, ce n'est que dans l'ordre rétrospectif qu'on retrace ce coup de foudre singulier. Son visage peut donc être forcé puisqu'il ne s'annonce que déjà constitué et dès lors fortement exposé à être contaminé par les frénésies qui vont suivre. Essayons de voir sur pièces.

Cas n° 4

7.10. Mme X. est une secrétaire, née en 1924, divorcée. Les péripéties psychiatriques durent depuis une bonne dizaine d'années, essentiellement à l'occasion de manifestations dites de malignité et rapportées à une personnalité psychopathique voire franchement perverse. Quoi qu'il en soit, le gâchis est chez elle impressionnant, avec échec sur tous les plans (sentimental, relationnel, professionnel), et finalement internement *sine die* à la suite de manifestations répétées d'impulsivité. Le problème de sa sortie est tout de même mis à l'ordre du jour, mais voilà que dans toute la période préparatoire, puis exécutoire, elle présente une conduite érotomaniaque erratique à l'égard des quelques psychiatres qui ont successivement à s'occuper d'elle. Nous prenons donc l'éclatement en flagrant délit lorsque est venu notre tour. Un beau jour où, de retour une fois de plus à l'hôpital pour violences au cours d'une querelle, elle nous fait confidences sans précédent sur le « démon » qui l'habite, nous commettons l'imprudence de renchérir. Dans les jours qui suivent, sa sortie étant intervenue rapidement, nous la retrouvons au dispensaire. Elle romance : nous lui avons donné rendez-vous et elle nous attend chez elle ; à nos démentis pourtant plus prudents, répond alors une relance continuelle, avec mises en demeure houleuses. L'évocation devient insistante quant à la « vraie vie » que nous méritons avec elle, cela va sans dire, en place de cette « vie plate » que nous menons ;

surtout allégation répétée est faite du caractère secondaire que l'aventure bien sûr aurait pour elle, car son travail passe désormais, dit-elle, avant tout. Après des mois de hauts et de bas, où nous ne sommes pas toujours senti en sécurité, les choses rentrent dans l'ordre : cette malade ne vient désormais nous voir que de façon espacée pour les ennuis qu'éventuellement elle connaît et ce après clôture solennelle et définitive par lettre de ses assiduités.

Ce résumé d'observation permet peut-être un flagrant délit sur l'éclatement de ce que de Clérambault appelait le postulat. Toutefois le mode mineur engagé ici oblige à des réserves. A-t-on vraiment franchi là l'éventualité parfois hasardeuse du grand jeu féminin-masculin et est-on nettement dans le registre érotomaniaque ? C'est sans doute toute la question ; mais où sont les sûres frontières ?

Cas n° 2 (cf. 7,8).

7.11. Voici donc, à nouveau, cette grande délirante, en un pôle d'incontestable gravité, cette fois, de la clinique psychiatrique. Elle a donc été admise dans le service pour une psychose délirante à thème de persécution et d'influence évoluant depuis plusieurs années. Et il apparaît que cette malade se trouve prise dans un réseau imaginatif de magie à structure manichéenne : un hypnotiseur célèbre la protège tandis qu'un médecin la persécute. Mais la persécution médicale est de type érotomaniaque : les injections de poison, les courts-circuits électriques, les « hallucinations » et autres procédures à distance du médecin ne sont que mises à l'épreuve avant le mariage qu'il a décidé. Comme dans le résumé précédent, c'est le médecin aussi qui a commencé ; ses sentiments à elle ne sont pas en question, mais, dit-elle avec véhémence, bien au contraire, il la fait trop souffrir, elle a d'ailleurs porté plainte contre lui, prononce même à son endroit des

menaces de mort, de plus ce n’est qu’un débauché et un pédéraste ; au demeurant, elle manifeste fièrement qu’elle l’a « trompé » (elle aura effectivement deux jumeaux qui ne sont pas de son mari).

Ici, les choses sont donc beaucoup plus sérieuses, très au-delà en tout cas du cap des grandes manœuvres qu’évoquait le résumé n° 4. Nous sommes sur le plan d’un délire dont le décours remonte à plusieurs années et qui se poursuit toujours. Or, dans cette phase tardive de haine, où dort encore l’espoir, le postulat de de Clérambault se retrouve aisément, avec ses composantes essentielles, quoique sous le vêtement d’une transposition délirante étendue.

On peut donc, à notre sens, retenir la validité clinique du postulat, sans insister davantage sur les réserves que suscite son prétendu double caractère initial et fondamental sur le plan psychologique. Par définition, en somme, une construction « motrice » du délire requiert un foyer de ce genre, et pas du tout dès lors qu’on en rejette le modèle.

Quelles que soient la nature et les limites de ce postulat, il va en tout cas se cliver rapidement en « conduites dérivées ». Avant d’aborder ce qui constitue le développement érotomaniaque proprement dit, on peut donc peut-être conclure sur ce point en avançant que tout va se passer structuralement parlant comme s’il y avait ce préalable tout armé, dont la rétrospective assure pourtant si mal l’exact statut psychologique.

LE DÉVELOPPEMENT ÉROTOMANIAQUE

7.12. La part majeure du développement érotomaniaque apparaît faite, en effet, jusque dans ses fluctuations dramatiques qui les dévoilent peu à peu, de thèmes dérivés du postulat : les uns « évidents », les autres « qui se démontrent », selon la division établie par de Clérambault

dans une inspiration au fond très phénoménologique (Lagache). Le « tout se passe comme si », même s'il se perd dans la nuit des temps ou dans la seule obscurité du départ amoureux, doit encore être pris à la lettre dans ses *prolongements.* Tant il est vrai que les conceptions érotomaniaques apparaissent comme un bloc, difficilement sécable, autour de l'axe de la postulation.

Les conceptions dérivées évidentes

7.13. On peut reprendre, pour les conceptions dérivées évidentes, le schématisme incisif de l'auteur dans ses trois déterminations.

(1) L'objet ne peut avoir de bonheur sans le soupirant. Par exemple (cas n° 4 ; 7, 10), on nous dit : « Le docteur X. (il s'agissait d'un de nos prédécesseurs que l'érotomanie concernait encore, bien que déclinante), a une femme si médiocre ! Il lui manque quelque chose, à cet homme-là. Dire qu'il avait le bonheur à côté de lui ! Pourquoi n'a-t-il pas osé ouvrir son cœur ? »

(2) L'objet ne peut avoir de valeur sans le soupirant. Autre exemple (cas n° 3 ; 7, 8), on nous dit encore : « Son épouse est laide, bête et mesquine (on incrimine ici également la conjointe d'un psychiatre, toujours objet à l'époque d'ailleurs). Nous avons tout en commun, je vous l'ai souvent dit. Voilà un homme de ma taille ! J'en ferai un académicien de cet homme-là ! Moi, je sais ce qu'est l'art de recevoir ! Je sais comme il faut se tenir dans un salon ! »

(3) L'objet est libre de tout ce qui n'est pas l'emprise du soupirant. Tous les liens antérieurs, de quelque sorte qu'ils soient, sont sans valeur. Pour ceux du mariage, cela va de soi ; il ne vaut pas la peine d'en parler tant leur dissolution paraît banale aux yeux du sujet. Mais, surtout, le fait est frappant chez les amoureuses de prêtres, si fréquentes parmi les érotomanes. Pour elles, qui sont en règle générale très pieuses, les vœux sacerdotaux ne font

pourtant guère problème. Ainsi les lettres sont-elles d'amour non déguisé, quelque fois platonique, quelque fois non sans crudité. Expédiées quotidiennement, elles le sont sans la moindre précaution ; et il n'est pas que le courrier qui soit intempestif ; les démarches, les relances le sont non moins, jusqu'au scandale dans l'exercice du Culte. Lorsqu'elles sont poussées au pied du mur, la question ne mérite qu'un haussement d'épaule : « Les actes en Cour de Rome n'existent pas pour rien ! »

Les conceptions dérivées « qui se démontrent »

7.14. (1) La vigilance protectrice de l'objet tout d'abord est péremptoirement affirmée et prétendue continuelle. On la dirait d'ailleurs, dans cet étrange renversement, directement proportionnelle à l'évitement et à l'abstention systématique dont, très vite et pour cause, l'objet fait preuve. Par exemple : l'objet ne répond pas aux lettres ; serait-ce une preuve de son intérêt déclinant ? Pas du tout, bien au contraire. C'est une preuve supplémentaire, car il n'est pas besoin qu'il écrive, ses sentiments étant au-delà de la commune démonstration. Et là peuvent surgir de nouveaux rebondissements : l'objet sait que le soupirant connaît tout de son sentiment ; donc, s'il écrivait, c'est qu'il ne serait pas à hauteur, c'est que les choses se banaliseraient — hypothèse impossible. Ce n'est pas tout : le sujet, lui, peut écrire et ne s'en prive pas mais c'est surtout pour apporter écho à ce qu'il sait être son emprise, car, ne l'oublions pas, en règle générale dans l'érotomanie, c'est l'objet qui aime le plus. Autre exemple : l'objet, lassé par leur avalanche, renvoie les lettres, les boîtes de douceur, les livres, les bouquets de fleurs. Cela ne relève encore que d'un simple déplacement du raisonnement : c'est que l'objet doit cacher son jeu, qu'il est surveillé, ou alors, autre pente du déplacement, c'est que, tout puissant sur le piédestal où il est mis, disposant de « ressources

phénoménales » comme de la « complicité universelle » (de Clérambault), l'objet veut mettre le sujet à l'épreuve. Tout apparaît donc bien procéder, au niveau de la microquotidienneté érotomaniaque, dans la cuisine de la fiction amoureuse portée ici à son comble, d'un renversement de signification où ce qui est *rejet répété* devient *marque d'intérêt.*

7.15. (2) Mais il y a encore les conduites apparemment paradoxales de l'objet au regard des sentiments qui lui sont prêtés. Par exemple : l'objet porte plainte et ce sont alors, pour les sujets, de pénibles et déroutantes explications avec la police, la rencontre du magistrat instructeur, celle de l'expert, l'internement au bout du compte. Dans l'ensemble pourtant, le raisonnement érotomaniaque n'a pas beaucoup alors à changer. On reste là assez communément, après quelques interrogations, dans le cadre de la mise à l'épreuve.

Parfois pourtant ces choses deviennent à la longue l'occasion d'un retournement. Les épreuves deviennent trop dures pour le sujet. Le développement érotomaniaque peut alors s'user, au fond comme tout amour, et ce sont alors de nouveaux renversements où, dans des prolongements fort complexes, la rancune et la haine viennent prendre le relai. L'emprise du départ demeure certes : l'érotomane « possède » toujours l'objet qui, insensiblement, devient son persécuteur. Mais le dépit va se creusant jusqu'à supplanter l'espoir profond que déguise si mal l'illusion d'être aimé. Notons toutefois que toute note d'espoir ne s'élimine pas radicalement d'emblée, comme en atteste un exemple, démonstratif pour ce genre de virage.

Cas n° 2 (cf. 7,11 et 7,8).

Le manichéisme délirant n'a jamais cédé, tant s'en faut. Aux « émulsions de poison » a succédé, entre autres, la

transformation du sujet en « pantin-robot » mais tout cela reste, en somme, variation à l'intérieur du rite de la mise à l'épreuve. Seulement, un jour, on nous dit : « Maintenant le docteur Y. a pris une maîtresse et c'est une putain, qu'il a prise exprès. Ils se postent, sous mon nez, pour s'embrasser et faire l'amour (en fait on lui fait facilement expliquer qu'elle les voit par « voyance », c'est-à-dire en se pressant les yeux). Je sens les baisers sur ma bouche, les caresses sur mon sexe mais il pense à mon personnage en touchant cette femme. Par elle, il est sur moi, il m'écrase sous lui, il pense qu'il me rattrapera en couchant avec cette femme. Il est jaloux de ne pouvoir me posséder. Mais il va trop loin, je ne tiens pas le coup. » Nous ne saurons pas la suite, apparemment menaçante : la naissance déjà évoquée des deux jumeaux conçus en riposte crée les conditions d'une diversion au moins temporairement salutaire.

7.16. Nous voilà donc parvenus, sans véritable transition, sur le plan d'une appréciation d'ensemble du *cours évolutif.* De Clérambault insiste sur la longue durée d'évolution (tout au moins dans le cadre de son « érotomanie pure » où une de ses observations relève trente-sept années de durée). On conçoit alors que, dans ce ralenti, le terrain soit spécialement propice aux phases successives que sa systématique de la dynamique passionnelle décrit, à savoir : espoir, dépit, rancune. Au contraire, Borel insiste sur l'intermittence de l'évolution érotomaniaque, selon lui foncièrement liée aux variations de l'humeur dont elle présenterait « les modalités usuelles, passagères, intermittentes, rémittentes » (Bibl. N° 5, p. 411).

7.17. A la vérité *Tout* paraît possible en matière d'évolutivité érotomaniaque et nous nous référerons une dernière fois pour en attester à nos exemples.

Cas n° 4 (cf. 7,10)

L'érotomanie médicale erratique cède ici sans crier gare et rien à ce jour ne permet d'évoquer l'intermittence de Borel. Après réintégration (difficile) de la vie sociale et stabilisation (relative) dans la sphère professionnelle, nous suivons cette personne trois années durant. Elle continue à nous faire confidence de ses amours qui ne présentent plus la moindre vélléité érotomaniaque. Certes, les tentatives érotiques malencontreuses, scabreuses ne se comptent plus. Tout ce qu'on peut dire pourtant, c'est que l'avenir reste incertain.

Cas n° 5

Celle-ci est une amoureuse de prêtre, mère de famille nombreuse et très dévouée à ses enfants. Avant la fixation érotomaniaque, elle a tenté naguère de rompre une union qui n'en était plus une ; mais le foyer s'est reconstitué à cause des enfants. Après deux poussées franchement délirantes, elle reste installée depuis sept ans (après une période de démarches intempestives spécialement brève) dans une rumination érotomaniaque douce mais sûre d'elle-même : l'objet est toujours évoqué selon le possessif significatif (« mon curé »), mais elle n'en parle à personne d'autre qu'à nous ; leur « union » dans un avenir et par des moyens qu'elle reconnaît hypothétiques reste une certitude absolue même si l'objet est devenu spécialement lointain et éthéré dans ce registre du bovarysme.

Cas n° 6

Celui-ci est un homme, célibataire, de la soixantaine, sans grande vie personnelle dans son troisième rôle entre ses deux frères (et leurs femmes) sur le terrain de la propriété familiale exploitée en commun. La flambée érotomaniaque a dû être sérieuse puisqu'une lobotomie fut envisagée par nos prédécesseurs. Fixée sur une des deux belles-sœurs, elle a duré trois bonnes années. Elle s'est éteinte depuis

qu’il paraît s’être résigné, à l’occasion d’un internement de même durée, à l’impossibilité de tout rêve trop tardif sans doute à son âge : depuis deux ans il est, en effet, prosaïquement retourné au statut sans remède de travailleur anonyme sans que frères ou belles-sœurs aient à redire.

A propos du renversement passionnel

7.18. Sans doute conviendrait-il, pour suivre véritablement les oscillations et sinuosités extraordinairement diverses des développements érotomaniaques, d’abandonner le vase clos d’une dynamique autonome de « l’être aimé » pathologique et d’entrer concrètement dans la singularité historiquement constituée de chacun de ces drames trop brièvement envisagés. Néanmoins il s’agit là de toute évidence d’un *problème méthodologique général,* d’ailleurs déjà souvent évoqué et que nous détaillerons dans le chapitre 8. Nous en resterons ici à l’examen d’un problème plus précis ; celui de cette *bascule* qui, dans la passion pathologique, mais évidemment aussi *dans* l’intersection même du développement érotomaniaque et du développement dramatique, *transforme* jusqu’à *l’inversion* l’aimer commun en être aimé illusoire.

En effet l’érotomanie n’est plus seulement, dans la définition psychiatrique qu’on lui retient depuis de Clérambault, une sorte de manie amoureuse plus ou moins chaste. Dans la sphère passionnelle, elle commence, et s’affirme dès lors comme un bloc, au « postulat », en cet étrange nœud où, sans retour bien spectaculaire, l’amour s’efface dans un second rôle, à la façon d’un pâle reflet. Or c’est de cette mise en veilleuse que jaillit fantastiquement un drame à deux par investissement à un pôle de composantes somme toute assez banales du type de la

frustration, de la déception, de l'ambition. Mais alors cette unilatéralité se remodèle jusqu'à devenir le terrain pour l'éclosion de mécanismes de projection comparables au transitivisme délirant le plus général. Ces quelques coupes dans l'érotomanie amènent à poser primordialement la question du *comment* de cette projection, de ce transitivisme.

Quand on observe et compare, quand on rapproche et réfléchit au niveau des conduites amoureuses, de la vie courante, il se découvre que, selon toute une série de gradations, l'« illusion d'être aimé » s'ancre ou du moins s'amorce dans la réalité relationnelle la plus quotidienne des rapports entre les sexes. Ceci paraît donc mériter examen.

7.19. Nous ne chercherons certainement pas à proposer une mille et unième édition de la physiologie de la passion amoureuse, même si la problématique érotomaniaque prête à cet éclairage, lorsque de Clérambault, par exemple, évoque les « minutes délirantes de la passion normale ». Nous chercherons plutôt, en sens inverse, quelques indices érotomaniaques des plus quotidiens à l'occasion d'une observation empruntée à la « clinique » la plus normale du dépit amoureux. Car elle dessine, sur le même mouvement au fond de dépolarisation d'un aimer vers un être aimé, la trame d'une *insistance* dans les conduites, significative d'une *présomption* illusoire dans le sentiment ; susceptible donc, rapportée à l'érotomanie dite psychiatrique, d'y lever quelques voiles d'un mystère qui n'a pas peu contribué à la faire ranger dans l'extériorité inquiétante des délires.

Observation

7.20. Mlle X., 25 ans, jolie fille, intelligente, a vécu une enfance très pauvre et une adolescence qu'elle dit, mais

sans vouloir préciser, difficile. Elle paraît avoir surmonté tout cela et depuis plusieurs années la voilà A.F.A.T., au service des transmissions : bien adaptée dans le milieu militaire, satisfaite et donnant satisfaction, à l'aise dans les relations du mess comme dans les rapports hiérarchiques, sans problèmes financiers au demeurant, bien au contraire, et dotée donc de moyens pour une certaine liberté d'allure et de mouvement.

Mlle X. fait la connaissance d'un jeune homme de deux ans plus jeune qu'elle, fils unique d'une commerçante à laquelle il reste très attaché : et non sans rapport apparemment avec ce fait que sa mère conserve la direction du commerce où il n'est que son employé. Quoi qu'il en soit, les jeunes gens se plaisent jusqu'à se fiancer. Mais d'une part Mlle X. n'a pas plu à sa future belle-mère (elle répugne à parler de ses parents et aurait un « drôle de regard » !). D'autre part, comme c'est évidemment son droit, elle fait des « scènes » au promis qui, bien que moins tenu qu'elle par son emploi, ne fait pas tout le possible pour la retrouver. Tant et si bien que le promis commence à se lasser et qu'en fin de compte il rompt les fiançailles.

Rupture alors chez Mlle X. : chute de l'appétit, insomnies, rumination, amaigrissement et hospitalisation en service militaire de médecine générale. Là, aggravation : refus d'aliments, crise névropathique et transfert au service psychiatrique de l'hôpital militaire. Aggravation encore : de plus en plus déprimée, anxieuse, crises recrudescentes, achat d'un couteau à cran d'arrêt, bousculade du matériel et des infirmières. Passage à l'hôpital psychiatrique où, en quelques jours, la coupe étant sans doute pleine, elle met un point final tant à la dépression qu'aux crises névropathiques. Il devient donc rapidement possible de parler de toute l'affaire avec elle sans manifestations autres que celles d'un vague délabrement émotionnel,

d'ailleurs décroissant d'entretien en entretien. Au bout de trois semaines donc, sortie et maison de repos.

Quelques semaines plus tard, nouvel internement pourtant. Mlle X. a quitté en coup de tête la maison de repos sur fin de non-recevoir pour deux coups de téléphone à l'ex-fiancé. Elle a pris impulsivement le train pour la ville où habite ce dernier, s'est rendue par deux fois autour du magasin, mais sans oser y entrer et sans rencontrer qui que ce soit. Elle s'est mise alors à errer dans la ville, puis, lassée, s'est rendue dans un hôtel, y a passé une fort mauvaise nuit, ce à quoi elle a mis terme vers six heures du matin en avalant le contenu d'un tube d'un narcotique. Geste évidemment suffisant à une réintégration à l'hôpital psychiatrique quitté récemment.

7.21. Histoire bien banale, dira-t-on, et fort loin de l'érotomanie. Bien sûr, Mlle X. n'est pas une érotomane et nous ne quittons pas ici, en dépit de quelques manifestations névropathiques, le plan psychologique du dépit amoureux. Pourtant, à y regarder de près, des indices transitivistes subérotomaniaques ne se découvrent-ils pas nettement dans l'évolution amoureuse de ce couple avorté ? Première chose : au départ, tandem initial « aimer-être aimé » normalement bipolarisé chez Mlle X. par l'apparente ou temporaire réciprocité. Seconde chose : rupture, à un moment déterminé, de la réciprocité et prolongement alors, chez Mlle X., à la façon d'une dynamique quelque temps autonome, pour une présomption, persistante mais illusoire, quant au sentiment restant de l'autre. Troisième chose : dès lors, chez Mlle X., bascule vers un « être aimé », vers un « rester aimé » prévalent, exceptionnellement filmé dans ses conduites d'insistance et leurs satellites psychiatriques (« tout pour le tout » visible aussi bien dans les crises que dans la tentative de suicide et signifiant, en somme par définition,

le reste durable de quelque illusion). Quatrième chose : la présomption n’a certes pas la prévalence *sine materia* de l’érotomanie, puisque, fondée dans un certain passé, elle se prolongera sans doute moins indéfiniment ; mais, plus ambivalente, plus équivoque, elle n’en polarise pas moins de façon persistante les conduites de cette jeune femme (dans le plan donc, d’une certaine motricité autonome). Cinquième chose : dans toute cette période où nous la voyons à maintes reprises, dans un apparentement ici encore frappant, ce n’est pas la passion d’aimer qui domine ses propos : ce qui en fait alors la trame ressassée, c’est, certes, ce qu’il est convenu d’appeler le ressentiment, mais inextricablement mêlé aux interrogations, rêveries, perplexités où se cultive et s’entretient l’illusion de rester aimée.

7.22. Dans ces types de conduite du dépit amoureux, on saisit donc sur le vif le mouvement par lequel se constitue et se maintient inadéquatement la suprématie aberrante de la présomption possessive. On pourrait même évoquer ici « l’érotomanie subnormale » de Borel. Tout se passe en effet comme si — l’érotomanie psychiatrique apparaissant surtout à la façon d’un grossissement — dès le départ c’est le sentiment amoureux lui-même qui contient et ancre l’affirmation d’un *droit* sur son objet. Que les choses virent à l’idylle ou à l’indifférence, à la consommation ou à la lassitude, et il est peu de chances pour la mise en lumière de cette dépolarisation dont l’érotomanie propose un cas limite. Mais qu’elles se rompent plus inopinément, sans grande explication possible, et la singularité du renversement érotomaniaque de l’aimer en être aimé aura toutes chances de pointer, de façon épisodique ou insistante et, dans un registre plus ou moins larvé et camouflé. Subtilité peut-être, mais à renvoyer à notre sens à cet immense dossier mal élucidé dont le dénominateur commun est indiqué par Follin : *la psychologie de la*

possession, en cause dans toutes les passions, normales ou pathologiques, qu'elles soient amoureuses, jalouses ou revendicatives.

Bibliographie

[1] S. FOLLIN. Enseignement pour la préparation au médicat des hôpitaux psychiatriques : Cycle 1949-1951 (non publié).

[2] G. DE CLÉRAMBAULT. *Œuvre psychiatrique,* Ed. P.U.F. Paris 1942. [Cf. spécialement les articles « les délires passionnels : érotomanie, revendication, jalousie » (1921) et « érotomanie pure, érotomie associée » (1921).]

[3] E. RÉGIS. *Précis de psychiatrie,* Ed. Doin, Paris 1909 (4e édition).

[4] G. FERDIÈRE. *L'érotomanie,* Ed. Doin, Paris 1937. [Thèse de médecine dans la perspective de de Clérambault. Toutefois critique du nosographisme de cet auteur et de la rigidité de son postulat. Intéressantes observations.]

[5] J. BOREL. *Les psychoses passionnelles,* Ed. L'expansion scientifique française, Paris 1952. [Essai plus que monographie sur ce problème.]

[6] J. KESTEMBERG. « A propos de la relation érotomaniaque », in *Revue française de psychanalyse,* sept.-oct. 1962, N° 5. [Point de vue psychanalytique sur la question à l'occasion de deux observations prises en charges en psychodrame.]

[7] G. BENOIT *Conférences de psychiatrie,* Ed. Doin, Paris 1964, Fasc. II.

8

La paranoïa sensitive de Kretschmer : une première tentative de synthèse

8.1. Nous allons revenir une fois encore à la sphère psychiatrique du délire. En effet, ce dont il sera question dans ce chapitre porte, dans le titre allemand du livre que lui consacre Kretschmer, le nom de *délire de relation sensitif.* Pourtant, la paranoïa sensitive kretschmerienne représente moins la découverte d'une constellation nouvelle au firmament des délires qu'une entreprise assez subversive à l'égard de la somme théologale du nosographisme kraepelinien régnant dans ce domaine. En même temps, et c'est ce qui nous retiendra surtout, elle apparaît comme l'ouverture, la première du genre à notre connaissance, d'une voie nouvelle dans l'approche méthodologique des troubles mentaux.

Nous n'insisterons donc pas sur la teneur de la polémique qui suivit l'édition du travail de Kretschmer en 1918. En minant un des piliers les plus imposants de l'édifice kraepelinien dans le domaine des délires, la paranoïa, l'auteur, qui avait d'ailleurs pris maintes précautions dans son livre, ne pouvait que s'attendre à la « violente opposition », qu'il évoque lui-même, de la part de l'école de Kraepelin. En èffet, c'était un véritable cheval de Troie que celui de Kretschmer, pour autant qu'il évacuait des observations patentes du cadre des « délires paranoïaques » typiques, tout en reprochant à Kraepelin d'avoir mal vu ces faits. D'abord, pour Kretschmer, l'endogénie kraepelinienne s'estompe là jusqu'à devenir

une banale disposition du caractère, où la part de la concession reste à faire, comme on le verra. Ensuite, cette disposition caractérielle n'intervient, dans le schéma kretschmérien de passage au délire, que dans la rencontre absolument nécessaire avec certains événements vitaux, eux-mêmes inséparables (jusqu'à l'éclatement délirant y compris) d'une situation sociale donnée, assez bien cadrée par Kretschmer. En conséquence, le véritable champ prédisposant devient ici parfaitement ubiquitaire et exige, au fond, une vision dialectique de ces relations et rapports réciproques, dont le mérite revient à Kretschmer d'en avoir posé clairement les termes. Enfin, l'évolution n'a plus rien, ne peut plus rien avoir de l'idiopathie paranoïaque de l'école, car elle doit dès lors se couler, donc sans fatalité intrinsèque, sur les éventuelles modifications intervenant à tous les niveaux profilés comme dans leur jeu de plan à plan. Les considérations sur la structure du délire inspirées par la traditionnelle démarche d'abstraction doivent donc aussi, bon gré mal gré, céder la place au difficile essai de prise en charge de tout ce qui constitue une « vie », fût-elle de délirant.

8.2. Bien sûr, c'était du même coup toute la paranoïa, laborieusement érigée en spectre inquiétant ou redoutable (il en reste encore maintenant maintes traces dans la pratique), qui allait devoir être remise en chantier. Comment, en effet, la vision « sensitive » de paranoïaques particuliers aurait-elle pu ne pas retentir sur la vision traditionnelle de la paranoïa en général ? Ceci, d'ailleurs, n'avait pas échappé à la perspicacité de Kretschmer, puiqu'il écrivait, non sans quelque malignité : « Toutes ces expériences intérieures créent le paranoïaque. Disons en toute sérénité : « créent le paranoïaque ». L'expérience qui révolte produit un paranoïaque de combat, l'expérience que l'on retient, un paranoïaque sensitif et une expérience alimentée par l'imagination un paranoïaque de désir. Car

nous ne trouverons la solution du problème de la paranoïa que lorsque nous admettrons franchement qu'il y a des paranoïaques, mais qu'il n'y a pas de paranoïa. » (Bibl. N° 1, p. 257-258).

On ne saurait mieux dire. Nous renvoyons, pour ces problèmes, à ce que nous en avons déjà évoqué au chapitre IV consacré aux délires dits chroniques, et qui s'éclaire ou se complète de ce qui sera développé ici.

Le bilan des dispositions caractérielles ; le caractère sensitif

8.3. La paranoïa sensitive ou délire de relation sensitif ne part pas de zéro dans l'ordre de l'endogénie. Le fait d'ailleurs que, selon les mots mêmes de Kretschmer, ce délire « prend son point de départ de dispositions caractérielles psychopathiques déterminées » (Bibl. N° 1, p. 223) circonscrit bien ce que aujourd'hui l'on évaluerait comme des limites dans la position même du problème de la prédisposition.

On peut en effet regretter que Kretschmer, pour des raisons de conciliation mais aussi de contamination idéologique, ne se soit pas montré plus hardi et qu'il ait cherché encore dans une certaine mesure la caution constitutionnaliste. Rompant plus délibérément, il aurait pu se montrer moins évasif sur la *genèse* de ces dispositions qu'aussi bien son schéma ouvre sur le passé et le présent dramatiques, car son « sensitif », on le verra, reste un personnage « caractérologique » bien banal sans le poids des circonstances et malgré le renfort de subtilités et d'oppositions dans la description. Kretschmer lui même n'aurait-il pas pressenti quelque chose de ce genre d'ailleurs à l'arrière-plan de cette déclaration d'intention, significative ? « Pour définir les propriétés caractérielles,

nous nous servirons de préférence des expressions créées par le langage courant, qui sont aussi vivantes et aussi nombreuses que ces propriétés mêmes et sont, comme elles, variées, pittoresques, nuancées et changeantes. » (Bibl. N° 1, p. 30). Nuancées et changeantes sans doute, mais peut-être surtout parce qu'elles sont plus adhérentes à la connaissance pratique de l'homme, telle qu'elle est engagée au cœur des relations dramatiques quotidiennes, là où elles ne sont pas encore érigées sous forme de coulisses fantomatiques pour le savoir caractérologique.

Quoi qu'il en soit, ce qui compte ici, c'est que ce constitutionnalisme de survivance perd son traditionnel caractère ségrégatif et que l'on retrouve effectivement ce portrait en clinique. On peut lui distinguer plusieurs pôles, deux essentiellement, nous semble-t-il, qui d'emblée apparaissent, si nous pouvons nous permettre ces expressions, comme des « pôles de situation », des « pôles en relation ».

LE PÔLE DE L'ASTHÉNIE (HYPOSTHÉNIE)

8.4. Il s'agit d'une asthénie particulière en ce sens qu'elle se définit moins selon le critère, encore physiologique, de *fatigabilité* que selon celui, plus psychologique, *d'indolence.* Ce sont des sujets de prime abord doux, timides, sensibles, mais au sens de la plante appelée sensitive. Les connaissant mieux, on est frappé par leur propension au scrupule, au doute, à l'inquiétude, voire à l'anxiété — et ceci jusqu'à friser les traits psychasthéniques de Janet, comme Kretschmer lui-même l'admettait. Ainsi les thèmes autour desquels le sujet pèse le pour et le contre, hésite et se perd en débats de conscience, se proposent souvent sous une enveloppe contournée, et s'accompagnent de propos interminables, bourrés de redondances, de retours en arrière. Relationnellement parlant, ce sont donc des sujets

compliqués pour lesquels l'analyse psychologique doit fréquemment recourir aux traits binaires opposés : sujets affectueux, confiants, aimants et en même temps susceptibles, redoutant et évitant les contacts ; sujets ouverts et faciles aux autres et en même temps hyperesthésiques et vulnérables aux autres. Ces caractéristiques s'assortissent d'une intériorisation très vive ; ces sujets sont des « rentrés » aux émotions comme aux épreuves, conscients de leur vulnérabilité et s'efforçant d'autant plus de donner le change ; ils s'avèrent donc à la fois « timides et manquant d'assurance », « modestes mais ambitieux » (Kretschmer), subtils et introspectifs mais aussi tenaces et obstinés ; leur langage différencié et nuancé témoigne directement de ces qualités contradictoires, pour autant qu'il s'efforce de ne rien laisser échapper, de ne rien oublier ; à la limite, ce sont des individus « de haute intelligence et de grande valeur » (Kretschmer) sous leurs dehors contrastés d'orgueil et de modestie, de sociabilité et de repliement, d'initiatives et de manque d'assurance.

On pourrait nuancer à l'infini ce portrait, sans y faire figurer en définitive autre chose qu'un pôle, où la caractérologie est notoirement insuffisante à fixer ce que le cours des circonstances ne fixe jamais vraiment au demeurant.

LE PÔLE TENSIONNEL (COMPLEXUEL)

8.5. A certains égards toutefois, ces données de base de la caractérologie commune constituent, dans leur manifestation première contournée, une sorte de masque. Plus profondément, si tant est qu'un psychisme puisse s'aborder par couches, on va relever une notable tension derrière le binarisme de ce « sentiment asthénique d'insuffisance » et de « conscience sthénique de soi »

(Kretschmer) [Le mot grec *sthenos* signifie « force » ; *a* — est un préfixe signifiant « qui manque de ».]

Ces sujets, en effet, ne sont pas seulement impressionnables et rentrés. Dans les inévitables épreuves relationnelles de leur situation, ils n'agissent pas dans le plan commun de la décharge, mais dans celui, non moins actif d'ailleurs, de l'inhibition. A chaque fois donc (et Kretschmer pousse, on le verra, la métaphore jusqu'au plan pathogénique), ils « accumulent » sans grande compensation. Or ces timides ne se protègent pas. Bien au contraire, s'estimant à leur juste valeur, ils conçoivent maints projets, ne serait-ce d'ailleurs que pour faire effort sur eux-mêmes au regard de ce qu'ils pensent se devoir. Et ces projets sont d'autant plus ambitieusement soutenus que ces sujets se connaissent bien et connaissent donc mieux que personne ce besoin qu'ils ont d'être tenacement soutenus.

Il y a donc là permanente « lutte avec lui-même, aussi vaine que secrète » (Kretschmer) et à la façon d'un terrain pour une tension, pour une tendance complexuelle à la mesure de la contradiction ; ainsi les hauts et les bas de cette lutte, livrés à l'habituel hasard des réussites ou des échecs, seront vécus selon un registre subjectif plus intense que dans ce qu'on appelle la norme. Autrement dit, l'ordre réactionnel engagé de par les circonstances sera aussi plus soutenu ici que dans l'introuvable norme.

C'est sans doute ici le lieu de rappeler l'ouverture et le poids de ce vécu dans les mots mêmes de Kretschmer : « Nous appelons « réactionnel » un état psychique où l'expérience vécue, éventuellement la *situation liée au milieu* (c'est nous qui soulignons), donnant naissance à cet état, n'a pas été créée uniquement par la personnalité elle-même. » (Bibl. N° 1, p. 3). C'est dire, encore qu'avec un peu trop de prudence, que si l'on trouve ici un « terrain » caractérologique, en fin de compte suffisamment accidenté pour constituer la transition en même temps que la

prédisposition pour le passage au délire, celui-ci suppose toutefois, et à notre sens un peu plus qu'« éventuellement », une préparation situationnelle et événementielle, qui est moins au-delà ou en-deçà qu'en relations intrinsèques avec la sphère psychologique ou caractérologique ainsi objectivée.

Le plan des influences de milieu : les constellations sociales

8.6. Sans doute Kretschmer n'aborde-t-il ces choses qu'avec quelque pusillanimité, tout au moins dans la lettre. « Ces influences du milieu ne sont pas des causes essentielles du délire de relation sensitif, écrit-il. Toutefois, elles sont souvent des facteurs importants et codéterminants. » Certainement, la psychiatrie de son époque n'a pas encore songé à devenir une psychiatrie sociale. Toutefois, et nous serions assez tentés de mesurer là son exact mérite, il met nettement le doigt sur ce qu'il appelle « des constellations sociales typiques », en retenant notamment, avec une clairvoyance remarquable, diverses situations : la situation de femme célibataire avec statut professionnel ; la situation de vieille fille inactive et mûrie dans des mœurs d'ancien temps ; la situation d'autodidacte plus ou moins marginal en milieu ouvrier, qu'il soit industriel ou agricole ; la situation d'instituteur. D'autre part, bien qu'il ne s'étende pas sur une analyse sociologique, psychosociologique, technologique qui légitimerait maintes monographies fort peu de mise à cette époque, il pressent la réalité d'un éventuel mode de vie commun dans toutes ces situations, pour autant qu'elles constituent autant de figures d'une réalité selon lui fondamentale, la *situation humiliante* — même s'il gauchit ici en passant trop hâtivement du mode de vie au « vécu ».

La situation humiliante, telle qu'il l'entend et l'explicite à l'occasion de son examen du statut de l'instituteur, nous apparaît certes aujourd'hui comme assez squelettique, voire envisagée avec une certaine mesquinerie de caste. Elle représente en effet pour lui une condition pathogène, notamment dans la mesure où, constituant ce qu'on appelle une situation en vue, lourde de responsabilités et d'exigences, elle ne s'assortit pas de la « formation spirituelle supérieure » correspondante ! Aujourd'hui, le bilan causal est un peu moins mince pour l'éclairage du lourd tribut psychiatrique payé dans ce métier. Toutefois, et c'est ce qui à nos yeux importe, Kretschmer parvient quand même à faire de sa situation humiliante la *plaque tournante* vers le délire, « l'expérience-clé pour le type réactionnel sensitif », puisque (et cela ne va pas sans quelque contradiction avec l'affirmation caractérologique de départ) c'est la situation humiliante qui est à l'origine de la tension psychologique et de son accumulation. Pouvait-on demander plus à Kretschmer et s'attendre à ce qu'il ne manifeste aucun flottement ?

8.7. Aujourd'hui on peut sans doute apporter là des précisions avec un peu plus de liberté idéologique.

D'abord, il semble qu'il faille déplacer le plan d'appréciation de ces diverses « constellations sociales » kretschmériennes vers un registre plus psychosociologique ou sociopsychologique : le registre sans doute plus profond de l'insatisfaction. Car enfin, dans la position de l'instituteur, contraint dans toutes les dimensions de son activité à une politique dont il n'a que rarement les moyens, comme dans celle de la célibataire vieillie dans un repliement oisif sur un mode de vie conventionnel, dans la position de l'ouvrier, dont les compensations d'autodidacte relèvent surtout d'une erreur d'appréciation sur son statut au sein de la structure et la lutte des classes, comme dans la position de la célibataire affranchie mais par obligation

et non par choix, il *manque* fondamentalement quelque chose. Et « ce quelque chose », bien qu'ayant un contenu différent dans chaque cas, renvoie à une sociologie, très objective, du *manque d'être* généralisé de nos sociétés. Certes, ce n'est pas ici le lieu de faire une analyse éventuelle de la condition féminine, dans sa double aliénation, par exemple, ou de la condition pédagogique comme rouage spécialement voué aux aléas du système D, dans l'ordre existant. Pourtant, c'est bien à ce fait fondamental d'un état social donné de mœurs, de normes, d'obligations, assorti d'autant de limitations, de carences, d'interdictions, que renvoie, au plus profond, le statut existentiel de ces situations, qui sont sans doute parmi les plus objectivement sujettes à frustration.

Ensuite, c'est encore à ce niveau grossièrement sociologique qu'il faut descendre pour entrer plus avant dans le *comment* même de l'humiliation évoquée par Kretschmer et dont nous ne récusons aucunement le rôle décisif qu'elle est susceptible de jouer dans l'éclosion du délire. D'une part, c'est dans la nudité d'un isolement assez parfait que seront affrontées les difficultés inhérentes à ces situations. D'autre part, ces situations d'atomisme social sont en même temps des situations socialement sans perspectives. Médiocres elles sont, médiocres elles resteront, mais quelle caisse de résonance alors pour la vulnérabilité, l'échec, l'humiliation ! Bref, avant d'être subjectivement des situations d'humiliation morale, elles sont objectivement des situations d'humiliation sociale, et vouées en tant que telles à une indéfinie répétitivité. Que le « sensitif » soit un tant soit peu ce qu'on a vu qu'il pouvait être, et quelle pâture il y offre pour les ruminations et les compensations, les surcharges et les majorations, les conflits et les « accumulations », dans l'ordre de la vie intérieure !

Enfin, c'est encore une fois sans doute plus à hauteur de la situation sociale que de la constellation caractérologique

que l’on découvre le *pont* qui, à partir d’un certain type d’événements inhérents à la situation, mène le sensitif à cet état où, un beau jour, on le voit se rompre : par le truchement de la répétition sur la durée d’une vie de toute une série d’expériences apparemment anodines mais s’ajoutant à la façon de circonstances qui entretiennent sourdement la constellation insatisfaction-humiliation. Et il n’y a pas là beaucoup, croyons-nous, à dialectiser sur les combats de fantômes alors éventuellement engagés sur le plan de la subjectivité. Une fois de plus, c’est de l’ampleur politzerienne du drame dont nous devons nous inspirer pour comprendre, plutôt que des combats de fantômes pour comprendre le drame.

8.8. Deux points restent à préciser. Il ne saurait être question ici d’établir une quelconque relation causale mécaniste entre le célibat, replié ou affranchi, l’autodidactisme prolétarien, la profession d’instituteur et l’éclosion ou le développement du délire de relation. Pas davantage, bien sûr, on ne saurait, en retour, concevoir un lien de cause à effet au plan de passage de ces situations vers les dispositions déjà évoquées. Car ce serait rétablir, fût-ce à l’envers, le type même de principe explicatif caricatural depuis la fameuse vertu dormitive de l’opium du médecin de Molière, mais toujours à l’œuvre dans l’explication caractérologique traditionnelle. Il est bien certain que pour faire un sensitif, et a fortiori un délire de relation, à partir de ces situations, il faut une tournure d’esprit un peu spéciale que la matière du manque ou de l’humiliation objectifs puisse transformer, au plan du vécu, en un registre subjectif conforme. Seulement, d’une telle tournure au portrait achevé du sensitif, il demeure une immense marge inexplorée, où interviennent de façon décisive la situation et les événements qui, en la parcourant et en lui conférant une épaisseur historique, la constituent concrètement pour le psychisme. Ce que nous

voulons donc mettre en lumière essentiellement ici, c'est que, pour vivre les choses sous le sceau de l'échec et de l'insatisfaction, de l'humiliation et de la culpabilité, la tournure d'esprit, en somme banale, doit avoir à s'alimenter primordialement au niveau de choses insatisfaisantes et humiliantes.

Ceci étant entendu, on mesure par-là même combien, en pénétrant un tel faisceau de relations réciproques, il serait absurde de vouloir établir dans cette matière un ordonnancement ou un hiérarchisation sans appel. Prétendre pénétrer par où « les choses ont commencé », de la situation ou de son vécu, de la tournure d'esprit ou des événements, reviendrait une fois de plus, à devenir la victime d'un mode de pensée où l'on prend trop facilement pour argent comptant ce qui n'est que schéma didactique ou instrument de repérage dans une *conjonction* où les distinctions de plan habituelles contribuent fortement à obscurcir la génétique concrète.

Le plan de l'événement : de la rétention au délire

8.9. D'ailleurs, c'est l'événement pathogène dans l'éclosion du délire de relation qui va sans doute condenser, et manifester du même coup, la latence pathogène rien moins que punctiforme de l'ensemble de la situation. Venons-en donc maintenant à une coupe transversale sur son moment privilégié. C'est cela qui va découvrir, fût-ce *médiatement,* la façon même dont une situation globalement ou diffusément insatisfaisante et humiliante peut jouer sur la complexion sensitive qui y est engagée. On va découvrir, dans le saut à la psychose (car il s'agit authentiquement d'un saut), comment, préalablement à ce saut, la répétitivité événementielle, dont il ne fait que boucler la boucle, a pu aussi approfondir peu à peu la

complexion jusqu'à en faire, à ce terme, la sensitivité d'arrivée.

L'événement pathogène évoque de la façon la plus patente, à l'intersection d'un statut sociologique donné et d'une tournure d'esprit sans doute largement encore inachevée, une accumulation de circonstances pénibles, une sommation d'échecs ou de conflits. Cet ensemble de faits qui, chacun pris séparément, appartiennent objectivement à une échelle de dimensions réduites, va se grossir dans la caisse de résonance de la subjectivité, puisqu'il ne peut guère y avoir là, nous l'avons vu, qu'exaspération sans décharge possible, déception rentrée en angoisse, rumination sans issue mais d'autant plus hantante. C'est là, selon nous, la leçon essentielle de l'éclatement de la psychose : le délire.

Car l'événement proprement déclenchant apparaît véritablement comme une goutte d'eau infime sans cet éclairage. C'est, par exemple, une discussion un tant soit peu orageuse mais vécue, dans son contexte situationnel, comme une mise en question jusqu'à la racine ; c'est aussi une bouffée de culpabilité totalement disproportionnée par rapport au reproche éventuellement en cause ; ce sont encore des tourments dans le registre éthico-sexuel (que délibérément Kretschmer ne veut pas valoriser) voire un banal épuisement psychophysique. Tout cela donc, d'autant plus intense qu'intériorisé et dissimulé, ne s'éclaire qu'en renvoyant là où là constellation psychologique s'accroche à une existence telle que l'événement minime puisse y jouer à la façon d'une « étincelle tombée sur un baril de poudre » (Kretschmer). Rapportons brièvement un exemple de l'auteur.

8.10. « Friedrich L. est tourneur sur bois (dans une fabrique de machines) ; il est âgé de 49 ans. Il existe une hérédité assez chargée : une grand-tante et un cousin du côté maternel étaient des malades mentaux. Lui-même est

bien portant jusqu’à présent, très sobre, travailleur, moyennement doué, très bon et extrêmement sensible. A toujours eu un penchant pour les jeux d’imagination. F.L. nous a été envoyé le 22 novembre 1903 par l’ingénieur de l’usine, premièrement parce qu’il s’était disputé sans raison évidente. Habituellement, il se comportait de façon très convenable. Il travaillait depuis quatorze ans à l’usine. Mais on s’était déjà étonné, depuis un certain temps, de le voir devenir entêté et maussade, ce qui n’était pas son caractère habituel. On avait découvert, après un interrogatoire du malade et de sa femme, qu’il présentait depuis un an et demi environ des idées délirantes, provoquées directement par un événement précis.

A ce moment une grève éclata à l’usine. D’ailleurs, elle se termina rapidement. Le malade n’y adhéra pas et lors d’une réunion d’ouvriers, il a été publiquement et à tort appelé « traître » par un camarade. On l’avait soupçonné d’avoir dénoncé les autres en transmettant aux contremaîtres les renseignements qu’il possédait. Il n’a pas assisté à la réunion, mais étant honnête et d’honneur pointilleux, cet événement l’avait beaucoup touché. Il n’a pu fermer l’œil des trois nuits suivantes, cette idée le poursuivant tout le temps et partout. Il avait eu aussitôt une explication orageuse avec ses camarades. Ceci l’avait bouleversé pour longtemps, car de par sa nature, il aimait beaucoup la tranquillité. Environ quatre semaines après, il était avec sa famille dans une auberge et était très énervé. Il ne dormait toujours pas bien. Tout d’un coup, il fut pris de peur ; la salle était archipleine et les voix l’étourdissaient formellement. Sur ce, plusieurs jeunes gens entrèrent brusquement et il lui semblait qu’ils appartenaient à la police secrète et qu’ils venaient l’espionner » (Bibl. N° 1, p. 156).

8.11. Que s’est-il donc passé dans ce cas d’explosion d’un délire de relation, après temps de latence, sur refus de

participation à une grève et dans le contexte de tension sociale correspondant ? L'hypothèse pathogénique de Kretschmer n'est pas sans intérêt car elle répond, en dépit de premières apparences, à des préoccupations moins idéologiques que descriptives. Pour émettre cette hypothèse, l'auteur revient aux données de base de la psychologie de ces sujets. Leur complexion les incline à ce qu'il appelle des « troubles de conduction » : pour autant que la disproportion existant chez eux entre « hypersensibilité aux impressions » et « possibilité d'expression insuffisante et irrégulière » débouche sur « des stases affectives qui se transforment le plus souvent en rétention ». Ainsi « l'expérience pénible » (ici : la discussion orageuse) « reste vivante dans la mémoire », où elle retrouve toutes celles du même genre qui l'ont précédée cumulativement — et on peut se douter qu'il y ait eu là précédents. Il y a donc là terrain pour que, à un moment déterminé, sa résiduelle « netteté torturante » fasse, d'un ébranlement minime, l'objet concentrique de la rumination, de la pesée, du déchirement, jusqu'à ce que, dans la hantise et l'impasse conjuguées, il n'y ait plus d'autre issue (s'éclairant donc ici la relative longueur) que la *projection* dans le délire.

Et il faut faire aussi la part, dans le cas considéré, de la défaite morale et de la culpabilité qui doit s'en suivre, face à un événement où manifestement elles prennent le relai de l'insatisfaisant et de l'humiliant. Belle matière, ici transparente, pour le registre de l'auto-dépréciation, pour l'appréciation péjorative dans l'ordre de l'insuffisance. Expérience-clé, vécu-clé, mais, encore une fois, assez immédiatement relatifs au contexte social et à ses tensions pour le passage projectif au délire. Au prix de ce tempérament, qui réintroquit donc la situation par le truchement même de ses événements, Kretschmer sera justifié d'écrire : « Le délire de relation lui-même est une image spéculaire exagérément grossie de l'insécurité et de

la timidité inhérente à cette personnalité » (Bibl. n° 1, p. 214). Quoi qu'il en soit, le délire de relation, d'interprétation *concentrique,* commence alors : où tout ce *qu'on* reproche au sujet n'est en fait (« mécanismes » de rupture, de projection et de transitivisme) que ce *qu'il* se reproche, absolument dans la pente donc de l'événement occasionnel et de ses précédents situationnels. Kretschmer est parfaitement conscient d'ailleurs du peu de solution de continuité existant entre la tendance projective banale, sous forme d'interprétation, et l'accentuation où elle « prend un développement paranoïaque ».

Le développement du délire de relation

8.12. Nous resterons très brefs sur ce point, destiné seulement à clore le propos précédent. Le développement du délire de relation sensitif se fait effectivement à la façon d'un délire d'interprétation, donc, dans l'ensemble, selon le mode d'organisation et de progression que nous avons déjà envisagé (4,10). Toutefois, ce développement possède ici quelques traits propres que nous soulignerons schématiquement à l'occasion d'une observation fragmentée aussi significativement que possible.

LA CONCENTRICITÉ DU DÉLIRE

8.13. Tout d'abord, le délire de relation est un délire très particulièrement *concentrique.* Tout délire d'interprétation tend certes fâcheusement à s'organiser autour d'un thème prévalant et de façon prévalante autour de la personnalité du délirant. Mais ici la concentricité est particulière en ce sens qu'elle représente un fi Image, ou plus exactement un film retourné, de ce qu'on pourrait appeler la « mauvaise conscience » du sensitif. Celle-ci est filmée, grossie, retournée dans la mesure où elle est plongée

projectivement dans les avatars d'une fiction qui est à certains égards l'exact contraire du *modus vivendi* habituel de cet apparent homme tranquille. Le contraste est d'ailleurs tel qu'on ne peut que s'interroger sur les fonctions ainsi éventuellement jouées par le scénario policier du délire, en continuité avec ce que déjà nous avons évoqué au niveau de la situation de manque. Mais laissons parler les faits, sans insister davantage sur une psychopathologie du fantasme délirant qui nous emmènerait aussi bien très au-delà du cadre retenu.

8.14. (1) M.D., employé de bureau, célibataire, est né en 1931. Scolarité effectuée jusqu'à l'âge de dix-sept ans (3e classe du lycée) et soldée par le B.E.P.C. Abandon du lycée pour raisons pécuniaires et entrée à l'Ecole de la S.N.C.F. Employé régulier et apprécié pendant quatorze années. Syndiqué à la C.G.T. mais militant fort discret. Pas de relations féminines, peur de sortir, quelques activités culturelles. Adolescence marquée pourtant par une « dissociation familiale » avec divorce des parents en 1950. Fils unique, M.D. demeure avec sa mère en prenant passionnément son parti. Rien d'autre à signaler jusqu'en 1962.

En octobre 1962, M.D. commence à suivre l'enseignement pour la promotion supérieure du travail : avec des cours du soir et un travail de nuit qui s'ajoutent très pesamment à l'horaire quotidien régulier. Prise de psychotoniques dès lors à doses moyennes mais régulièrement. En janvier 1963 la mère gravement malade doit être hospitalisée. C'est, pour M.D., le début d'un examen de conscience où il se reproche de l'avoir insuffisamment appuyée. La rumination se prolonge et s'approfondit, tant et si bien que M.D. cesse son travail en mars 1963 et que, à lettre comminatoire de son administration, il répond en coup de tête par une démission. Mais, d'autre part, l'état de la mère s'aggrave,

et elle décède en juin 1963. M.D., s'effondre à l'enterrement en s'accusant, à son égard, de « barbarie ».

Le mois suivant, en juillet 1963, les troubles commencent et voilà M.D. hospitalisé coup sur coup en octobre et novembre 1963 en clinique : suite de quoi, il est adressé à notre service. Il s'agit d'un délire de persécution de type interprétatif : il se croit poursuivi par l'O.A.S., il aurait été condamné à mort, on l'aurait pris à tort pour un indicateur de police. Et voici d'ailleurs ce qu'il nous en dit qui est déjà évocateur : « Un jour que je ne peux préciser, je me suis imaginé que les gens du restaurant où je mangeais parlaient de moi... C'étaient des pieds-noirs et ils me prenaient pour un indicateur de police... Ils disaient qu'ils me suivaient... Affolé, je me suis réfugié chez moi et j'ai fait du boucan pour attirer l'attention de police-secours... J'ai été libéré au petit matin... Mais tout ça maintenant c'est terminé... C'était la fatigue de la préparation d'examen... Le choc de la mort de ma mère aussi. » Par ailleurs, aucun trait paranoïaque, assez liant et volubile, asthénique (« je suis de nature amorphe...un peu porté à sommeiller »). En décembre 1963, tout semble tassé, la« critique » de l'activité délirante, d'abord oscillante, nous paraît suffisante et en janvier 1964 nous l'envoyons en convalescence chez sa marraine en Dordogne.

LES RAMIFICATIONS DU DÉLIRE

8.15. Ensuite l'organisation des idées délirantes s'opère ici selon un système de *ramifications* particulièrement fines et subtiles, quoique à partir d'un fond de faits au demeurant assez pauvre. D'une part, l'interprétation elle-même n'est en règle générale jamais grossière, jamais à l'emporte-pièce (sauf moment fécond intercurrent) et le luxe des détails y reste très quotidien, sans atteindre la fantasmagorie quelque peu surnaturelle d'autres délires d'interprétation. D'autre part, les ramifications portent,

dans leur systématisation, des traits assez franchement sensitifs. Ainsi le malade est extrêmement et typiquement prudent, précautionneux, nuancé dans l'appréciation des motifs de ses « adversaires ». Il pèse le pour et le contre, change d'avis, s'interroge, interroge les autres, tient compte dans une certaine mesure de leurs objections, ne serait-ce que pour les intégrer dans un nouveau système d'explication destiné à mieux fonder une conviction délirante qui se trouve curieusement être à la fois solide et interrogative.

8.16. (2) Nous avons eu la possibilité de relever ces choses chez M.D., à l'occasion d'une rechute (un peu à la façon d'un moment fécond avec va-et-vient injurieux et menaçant de voitures, ombres suspectes dans le jardin, bruits de pas insistants à l'étage du dessus, et peut-être lié à la reprise de psychotoniques) deux mois après son départ chez sa marraine. La texture du travail délirant se précise alors, ce que n'avait guère permis l'accalmie de la première hospitalisation.

Au retour (mai 1963), il nous parle en ces termes plus typiquement sensitifs : « En réalité j'y croyais toujours un peu quand je suis parti, mais je me disais qu'ils me ficheraient la paix puisque j'avais été hospitalisé... Si j'étais fou ce serait trop beau car il y aurait une base réelle pour me guérir... Ces gens rapatriés, peut-être qu'ils se sont imaginés que je voulais agir contre eux... Dans l'avenir, j'aimerais les revoir pour leur prouver qu'ils se sont trompés... Peut-être que si vous interveniez, ce serait une solution... J'aurais confiance s'ils s'expliquaient en présence des médecins... J'ai mal agi, je n'aurais pas dû céder à la panique... Tout cela, c'est de ma faute... » Ou encore : « Vous savez, en Dordogne, j'avais l'impression qu'il s'était passé quelque chose dans le grenier... Un jour, j'ai pris mon courage à deux mains et je suis monté voir... Il

n’y avait pas la moindre trace et ça prouverait que je me suis trompé. »

Quelques jours plus tard (avril 1964), après nouvel apaisement, tout le nuancé du délire de relation est encore plus caractéristique : « C’est la troisième fois que je suis hospitalisé pour les mêmes raisons… On ne cherche pas à savoir si mes craintes sont fondées, chaque fois on me propose un traitement et pourtant… J’aimerais me tromper, mais alors, pour me convaincre pleinement, il faudrait m’apporter les preuves palpables que c’est uniquement le fait de mon imagination… J’ai voulu faire un essai pour voir s’ils continuaient à me traquer, quelques jours après les menaces ont repris et j’étais continuellement préoccupé, continuellement terrorisé à la pensée qu’ils veulent ma mort… Effectivement, il n’y a aucune raison à cela car je n’appartiens à aucun parti ni groupement politique… Alors pourquoi voudraient-ils ma mort plutôt que celle d’un autre ?… Peut-être se sont-ils mépris sur ma personne et me prennent-ils pour quelqu’un qu’ils recherchent… Ou alors suis-je sujet à des hallucinations et il faudrait ainsi que je me débarrasse de ces idées, mais ce n’est pas si simple. »

LES RÉACTIONS

8.17. Enfin les *réactions* de ces malades portent une marque au fond identique. D’une part, pesant tout, pesant trop, ils n’ont pas de vocation à devenir les persécutés-persécuteurs qui, à l’« attaque », en viennent à répondre par la contre-attaque. Le sensitif fuit devant la persécution : il change de domicile, de rue, voire de ville ; il tente l’incognito, il se réfugie, comme celui que nous avons évoqué, à l’hôpital où il trouve la sécurité. D’autre part, il ne se mure pas sur les hauteurs du retrait orgueilleux et distant ; tout au contraire, il cherche la compréhension, la tolérance, l’aide, l’appui. Et, en retour, ceux-ci paraissent

incontestablement influer sur le mouvement même d'un délire dont la pointe lui apparaît si tâtonnante dans sa visée concentrique même.

Et c'est ainsi, sans doute, que ces développements s'achèvent de la manière la plus diverse : dans les cas les plus graves, selon un cours qui peut se modeler selon une certaine chronicité, ne serait-ce que dans la mesure où de longues tranches d'années de vie épousent ses hauts et bas ; dans beaucoup d'autres cas, selon une évolution plus courte, souvent de l'ordre de quelques mois, à cette réserve toutefois que les conditions soient favorables et sous réserve de redéparts toujours possibles.

8.18. (3) C'est une évolution prolongée, assez atypique d'ailleurs, que nous ont fait observer nos relations avec M.D. En mai 1967, ce malade n'a pas encore quitté l'hôpital, bien que, nous dit-il depuis plusieurs mois, il s'y « prépare » et, au demeurant, il n'a jamais osé renouveler l'essai échoué de 1964.

Pendant cette période, les « apaisements » n'ont été que relatifs (crainte maintenue, par exemple, jusque dans les moments les meilleurs, pour des permissions systématiquement refusées par lui à l'exception des tous derniers mois) ; les « moments féconds » n'ont pas été rares (à trois reprises dans les années 1964-66, où il faut probablement faire la part d'habitudes psychotoniques clandestinement maintenues) avec, par exemple, demande insistante par deux fois de changement de pavillon à l'intérieur du service : pour raisons délirantes de sécurité, du fait du trop d'exposition à une menace de mort qui avait retrouvé ces deux fois actualité dans les conditions propres au service ouvert ; le mieux n'est que récent (moins d'une année) à l'occasion d'un transfert sur la personne d'une infirmière, et encore n'en savons-nous guère, dans ces relations compliquées, l'exacte portée.

Bibliographie

[1] E. KRETSCHMER. *Paranoïa et sensibilité,* Ed. P.U.F., Paris 1963.

[2] E. KRETSCHMER. *Psychologie médicale,* Ed. Doin, Paris 1956.

9

Les états neurasthéniques et le problème du modèle expérimental

9.10. Au carrefour de notions, et parfois de réalités, longtemps fluctuantes, par exemple celles de fatigue ou d'épuisement, d'asthénie ou de surmenage, il peut paraître paradoxal d'aborder l'étude des névroses par le cadre, récemment réhabilité mais encore largement sous le coup des critiques antérieures, des états neurasthéniques. On objectera qu'aujourd'hui le concept de névrose se définit, dans une quasi-unanimité, relativement et différentiellement à une *génétique* assez précisément programmée. Autant de raisons supplémentaires à notre sens pour essayer de voir s'il existe, à l'arrière-plan de l'ancienne neurasthénie, d'autres possibilités d'approche du névrotique que ce que tendent à en agréer les idées actuellement régnantes. Car des problèmes se trouvent là soulevés qui contrarient la pente habituelle de la pensée psychiatrique. C'est notamment le cas de la causalité où un ordre exogène d'une trop rare prévalence s'impose bon gré mal gré, ne serait-ce, par exemple, que pour dégager le champ d'une intervention sociologique parfois pressante, sur d'éventuelles conditions, ainsi accessibles, du surmenage.

Il faut ici faire la part de ce qui revient au mouvement historique de la société globale. Dans les formes de ce qu'il est convenu d'appeler « société industrielle », tout un groupe de faits cliniques, naguère laissés pour compte, apparaît maintenant en passe d'être rehaussé, avec la

fatigue pour centre de gravité, l’asthénie pour accompagnement, le surmenage pour prolongement, les états neurasthéniques pour développement proprement psychiatrique. Le temps n’est décidément plus où B. Muscio (1921) proposait, en désespoir de cause, d’éliminer le concept de fatigue du vocabulaire scientifique. Tout au contraire, entend-on actuellement des voix d’appartenance scientifique ou de représentativité institutionnelle aussi différentes que celles de Hadengue, Soula, Veil, Le Guillant, Péquignot, Chombart de Lauwe se retrouver dans la proclamation solennelle de son extrême sérieux.

Dans un tel carrefour, bien des passages restent obscurs, bien des définitions demeurent vacillantes et il subsiste encore maintes controverses. Preuve en est, par exemple, les travaux du troisième Congrès international de médecine psychosomatique dédiés, en 1966, à ces thèmes. Notamment l’hiatus reste trop largement ouvert entre faits de fatigue et faits neurasthéniques. Il n’empêche, ce qui doit donc être indiqué à son tour, que la floraison ou refloraison plus massive de ceux-ci dans certaines conditions de nos sociétés d’après-guerre n’a certainement pas été pour peu dans une mise en actualité de ce qui reste jusqu’à plus ample informé leur pivot : la fatigue. Ces parallèles, aussi peu poussés qu’ils puissent être encore pour ce qui, de toute façon, en France, n’est que l’aube de la civilisation industrielle, nous paraissent en tout cas suffisants pour introduire ici les états neurasthéniques — ne serait-ce que pour illustrer qu’en matière d’actualité psychiatrique tout ne revient pas à l’exclusive d’une histoire des idées prétendument désinsérée.

Aperçu historique

9.2. L'aperçu historique du problème met nettement en évidence — par delà le cours apparemment anecdotique que suit l'histoire de la pensée psychiatrique, qui semblerait faite en première analyse d'une suite d'engouements et de retombées — l'empêtrement de cette pensée lorsqu'elle est sérieusement confrontée avec l'obligation d'accorder toute sa part à la causalité d'ordre exogène au complexe chapitre étiologique. A cet égard, l'examen peut ici être scindé schématiquement en quatre temps.

Première phase (jusqu'à la fin du XIXe s.)

9.3. On peut passer rapidement sur la longue phase qu'ici comme ailleurs on peut qualifier conjointement de pressentiment et de gestation avant la constitution de la psychiatrie en discipline concertée et statutaire. En matière de neurasthénie, elle apparaît se solder rétrospectivement par des ébauches de regroupement sémiologique, plus ou moins mal distinctes de considérations terminologiques ou notionnelles, elles-mêmes marquées par les idéologies contemporaines. Quelques faits permettent de se repérer. Ainsi, par exemple, on peut citer, dans l'œuvre hippocratique, la détection de l'asthénie au sens propre de faiblesse, ainsi que le cerne de symptômes comme l'insomnie ou l'angoisse ; dans le traité de Whytt (1767), la découverte d'un ensemble plus évocateur qu'il décrit déjà sous le nom de *nervosisme* ; dans les *Eléments de médecine* de Brown (1780), l'essai de fonder le couple sthénie-asthénie relativement certes à une conception vitaliste de la force nerveuse, mais envisagée tout de même dans ses rapports de dépendance au monde extérieur.

Tout cela, pourtant, n'est pas encore constitutif d'un cadre cohérent autour duquel pourtant le vocable clinique

tourne, quand, par exemple, Defau parle d'« éréthisme nerveux » ou Monneret de « névrose d'épuisement ».

Deuxième phase (Beard et Charcot)

9.4. L'éclatement se fait brusquement, à la fin du siècle dernier, au terme d'une vingtaine d'années de préparation entre 1869 et 1888, avec les travaux de l'Américain G. Beard, d'abord passés inaperçus puis consacrés (1887-1889) par la systématisation de Charcot.

Le cadre clinique est alors nettement défini et reclasse les descriptions parcellaires antérieures. La neurasthénie est constituée, syndromiquement parlant, par un ensemble fait, d'une part, d'asthénie physique et psychique avec accent mis sur la fatigabilité ; d'autre part, de troubles de l'humeur et de l'émotivité où il est fait la part aussi bien d'un fond permanent que de recrudescences sous forme de crises ; enfin, de troubles psychosomatiques avec notamment insomnies, céphalées, rachialgies. Charcot et à sa suite l'école de la Salpêtrière redressent ce que les descriptions de Beard conservaient de flou en introduisant là le principe classificatoire des stigmates illustré dans l'hystérie.

La conception proposée par Beard est relativement cohérente car la neurasthénie est pour lui une maladie « chronique » certes, mais en tout cas fonctionnelle. Pour lui, en effet, il faut la rapporter à un épuisement nerveux ; et s'il fait dans celui-ci la part du terrain, il ne dévalue pas pour autant la sphère propre de la causalité éventuellement épuisante. Mais citons d'abord Beard dans sa définition globale de la neurasthénie comme épuisement nerveux. C'est une « maladie nerveuse fonctionnelle chronique qui repose sur un appauvrissement de la force nerveuse, sur une absence de réserves de force nerveuse, ce qui amène un épuisement rapide, et, par suite, il en résulte une absence de pouvoir inhibiteur physique et moral, une

faiblesse et une instabilité de l’action nerveuse, une sensibilité et une irritabilité excessives et l’apparition d’une foule de symptômes directs ou réflexes » (rapporté par J. Begoin, Bibl. N° 2, p. 78).

Surtout, ce type d’explication fondée sur le système nerveux est écologiquement ouvert puisque, dans l’étiologie complexe de la neurasthénie, Beard fait une part essentielle à *la civilisation de travail* américaine, jusqu’à voir d’ailleurs, dans cette affection, un « mal américain » lié à « l’âpre lutte pour l’existence » en vigueur dans ce pays neuf, et spécialement à « la vie ardente de travail » imposée dans les milieux industrialisés. Citons encore un autre propos de Beard pour son côté précurseur des faits que les écrits de sociologie industrielle consacrés aux U.S.A. ont un peu précisés depuis : « La nervosité plus grande du peuple américain tient à ce que celui-ci travaille plus et plus rapidement que tous les autres, cette réunion de nervosisme et de neurasthénie permettant l’accomplissement de travaux intellectuels importants » (rapporté par J. Begoin ; Bibl. N° 2, p. 79).

Malgré les hésitations évidentes ou les maladresses que cette analyse fait de la causalité, la découverte nosographique de Beard fait fortune. Pendant vingt bonnes années, la neurasthénie occupe une place capitale dans l’édition du monde entier, quoique, bien sûr, avec une fortune diverse dans les groupements ou dans les extensions proposés. C’est aussi, il faut le dire, l’heure de gloire de l’école de la Salpêtrière : à la fois en état d’assumer le « subjectif » en clinique psychiatrique par le truchement des stigmates et de reconnaître le poids des « difficultés de la vie » (Charcot) pour ce qui concerne la fréquence de la neurasthénie dans les milieux prolétariens. Sous cette impulsion, la neurasthénie finit par devenir, comme le dit J. Begoin, « la maladie du siècle ».

Troisième phase

9.5. Assez curieusement, tout s'effondre au lendemain de la Première Guerre mondiale sauf en Allemagne. L'intérêt nosographique se déplace très nettement et le découpage neurasthénique dans la masse des faits névrotiques tombe en désuétude. Si l'on en reste à l'examen de ce qui se passe alors en France, sans doute faut-il faire une part aux abus, notamment dans l'ordre de l'extension, dont eut à souffrir ce cadre en vogue. Pourtant, l'impact principal paraît avoir été d'ordre idéologique : au point de rencontre de trois courants décisifs dans l'histoire des conceptions sur les névroses, encore que largement à leur corps défendant pour ce qui concernait la pensée de leurs initiateurs. Et il faudra attendre une nouvelle longue période pour que neurasthénie et neurasthéniques sortent d'une clandestinité contrainte, sinon préméditée.

• Le travail de Babinski, à la charnière des xixe et xxe siècles, ruine, on le sait, tout l'édifice bâti par Charcot pour l'hystérie dans ce qu'il pouvait du moins avoir de mirage, de spectacle, de culture. Mais, très au-delà de la pensée de cet auteur, une sorte d'extrémisme que l'on pourrait dire « neurologiste » se développe à sa suite avec comme solde une méfiance dévastatrice pour le subjectif névrotique. A l'instar de leurs homologues de l'hystérie, les « stigmates » subjectifs de la neurasthénie, essentiels, on l'a vu, dans la constitution de sa sémiologie, deviennent dès lors l'objet de gêne, d'oubli, de silence dans les publications. A cet égard, il faut citer M. Montassut dans sa vindicte vis-à-vis de cette censure dont la neurasthénie toute entière devient ainsi victime.

« Bien plus, en reparler devient suspect d'ignorance ou de perversité ; comme si c'était là le moyen le plus ignare ou avisé de dissimuler une incompétence psychiatrique et de voiler astucieusement un diagnostic. » (Bibl. N° 4, p. 22). Et aussi dans sa dénonciation véhémente d'une

véritable hypocrisie sous-jacente. Car enfin, ajoute-t-il : « Jamais il n'a été dit que la neurasthénie était un mythe imposé par des augures périmés et docilement entretenu par des élèves serviles… Jamais il n'a été avoué qu'elle était une erreur et qu'elle avait abusé pendant trente ans les meilleurs esprits et les plus scrupuleux cliniciens » (Bibl. N° 4, p. 22).

• Le second coup porté, plus direct, non moins sérieux, l'a été par P. Janet. Décrivant, à partir de 1903, la *psychasthénie,* depuis un ordre de faits pourtant tout autre et dans une tentative d'élucidation de mécanisme qui n'a réellement pas grand-chose de commun avec ce qui est engagé dans l'asthénie neurasthénique, il expose assez inévitablement à de discutables amalgames. Sans doute, la responsabilité personnelle de P. Janet ne dépasse-t-elle guère là le traitement légèrement ironique de « cette pauvre neurasthénie », comme il dit. Il n'empêche que la traditionnelle opération de minimisation des facteurs extérieurs, dont la pensée psychiatrique courante aime se couvrir, pouvait trouver dans son œuvre interprétée grossièrement une caution rassurante pour une conception primordialement constitutionnaliste des faits cliniques durables d'asthénie.

• Enfin, Freud lui-même, entre 1895 et 1910, a apporté sa voix au concert. Dans le cadre des *névroses actuelles* qu'il oppose alors aux *névroses de transfert,* il propose de séparer d'une neurasthénie artificiellement gonflée, une *névrose d'angoisse* de visage clinique assez différent, encore que de parenté nosographique certaine. L'école freudienne pourtant abandonne rapidement ce domaine de l'actuel pour se dévouer au génétique. Le cadre de la névrose d'angoisse n'en demeure pas moins pour beaucoup, psychanalystes ou non, un champ de référence légitime mais préférée quelquefois à tort à une neurasthénie démodée.

Période actuelle

9.6. Il faudra attendre rien moins que quelques dizaines d'années pour que se dégagent les lignes, d'abord prudentes, puis en fin de compte très franches, d'une réhabilitation.

Les premières se dessinent dès avant guerre, notamment dans la tentative encore timide de M. Montassut de reprendre les faits neurasthéniques sous le curieux intitulé « dépression constitutionnelle » (1938), significativement évocateur de ses références doctrinales. Mais c'est surtout, après la Seconde Guerre mondiale, en relation avec le surgissement de faits nouveaux, assez massivement sociologiques, que s'imposent enfin dans leur véritable lumière les liens de causalité immédiats du surmenage à ses manifestations cliniques, pressentis au siècle dernier mais longuement occultés par la suite. On abandonne en même temps les critères du nosographisme classique pour parler désormais moins de maladie que d'états neurasthéniques. On retrouve enfin, pour l'éclairage de ces faits, la référence apportée dans les années 1920-30 par l'école soviétique pavlovienne, dont les expériences de surmenage sur des chiens porteurs de systèmes complexes de réflexes conditionnés multiplient les états neurasthéniques, certes artificiels, mais reconnus comme tels par la psychiatrie soviétique qui marque une fidélité d'ensemble aux tendances allemandes.

Citons certains des plus marquants parmi les éléments nouveaux à verser au dossier controversé. Ce qu'on a appelé, dans les années d'après-guerre, « l'asthénie chronique progressive » des déportés, pour l'explication de laquelle le maintien éventuel de tel ou tel prétendu principe constitutionnel aurait quand même fait figure de spéciale infamie ; la floraison de troubles neurasthéniques dont ont commencé à s'assortir, dans les années 1950 sans doute inaugurales en France pour ce qu'il est convenu

d'appeler la société industrielle, les campagnes de rationalisation du travail dites de productivité : notamment, comme l'ont étudiée avec insistance Le Guillant et ses collaborateurs, chez les standardistes et mécanographes des P. et T. ou les roulants de la S.N.C.F. ; l'attention plus particulière prêtée, dans le domaine de la préparation dite psychoprophilactique à l'accouchement sans douleur, aux multiples formes que la grossesse peut avoir à connaître en matière d'épuisement ainsi qu'à leurs traductions cliniques, elles aussi éminemment neurasthéniques.

C'est donc relativement à un contexte social différent (la liste rapportée ici reste évidemment ouverte) que le problème névrotique du surmenage peut enfin commencer à se poser clairement en ses véritables termes. Dans ces termes, il n'y a plus de médiation à la fois désuette et équivoque de telle ou telle diathèse biologique prédonnée qui vienne sérieusement s'interposer, comme cela a été longtemps le cas en matière de surmenage et de neurasthénie, entre la sphère des causes et la sphère des effets.

Présentation clinique

9.7. La présentation clinique dans les états ou décours neurasthéniques, souvent subliminaire ou à l'inverse impressionnante jusqu'à déconcerter l'œil averti, parfois surchargée jusqu'à induire en doute l'esprit le moins prévenu, peut se cliver selon trois plans didactiques d'approche. Mais il faut tout de suite souligner la très forte intrication des faits considérés du point de vue de leur quotidienneté toujours à quelque égard ravagée par une symptomatologie pourtant foncièrement subjective. Une observation princeps empruntée à la thèse de J. Begoin et reproduite en entier (Bibl. N° 3, p. 40-41) introduira

d’ailleurs à cette unité avant le découpage schématique d’usage.

« M[lle] M.C., 34 ans ; standardiste depuis neuf ans, travaille à l’Inter (service radio) depuis trois ans, après avoir été pendant six ans standardiste à l’Inter (service direct). Célibataire. Enfance dans la région parisienne. Un frère jumeau. Père receveur des P.T.T., nommé en Charente où elle vit de quatorze à vingt-cinq ans. Avait commencé des études mais fréquentation scolaire irrégulière, a dû entrer aussi aux P.T.T. Travaille comme auxiliaire au guichet, pendant la guerre. Nommée d’office à Paris après la guerre. Etait contente de venir à Paris. Mais difficultés de logement au début : six mois dans un hôtel de Ménilmontant qui était un taudis. Trouve ensuite un logement dans la grande banlieue, l’obligeant à de longs trajets mais lui permettant de changer d’atmosphère, d’échapper à Paris. Elle y habite quelques mois, puis part s’installer dans une maison appartenant à ses parents, où elle habite le premier étage tandis que son frère, marié, et ses enfants, habitent le rez-de-chaussée.

Les six premières années de travail à l’Inter (trafic direct) ont été très pénibles : fatigue intense, désintérêt de tout, asthénie, nervosité, irritabilité, crises de larmes, troubles du sommeil, anorexie. « C’était vraiment le bagne avec les surveillantes. J’étais instable, agressive. On ne pouvait pas me contrarier sans que je fasse un drame, alors que d’habitude j’étais très timide. J’étais devenue agressive, je ne me reconnaissais plus. J’avais des crises de larmes ou de fou rire, sans raison... Rien ne m’intéressait, j’avais un dégoût de tout. Pourtant, je suis plutôt combative de tempérament... Je rêvais tout le temps de téléphone, toute la nuit. Il m’est arrivé de rester sans dormir du tout pendant plusieurs semaines. Je passais mes nuits à me promener dans ma chambre... Je ne mangeais plus... Pourtant, je faisais des heures supplémentaires, les

premiers temps. J'étais tellement mal logée, que j'évitais le plus possible d'être chez moi, le téléphone était pour moi un refuge... »

La troisième année, elle dut prendre un congé de maladie de deux mois, qu'elle passa chez ses parents, en Charente : repos complet, chaise-longue, aucune lecture. Elle se remet complètement.

Depuis trois ans, elle travaille au Service radio où elle a un travail moins pénible, plus intéressant que le trafic direct. Elle organise son travail elle-même, assure la communication du début à la fin, en a la responsabilité, le contrôle. Elle n'est pas soumise au rendement.

Cependant, elle est encore très fatiguée, se plaint d'asthénie physique et psychique avec hypersomnie diurne, insomnie nocturne, instabilité, nervosité, intolérance au bruit, malaises divers (céphalées, bourdonnements d'oreille, palpitations, oppression...).

« J'ai toujours besoin de sommeil, je dormirais tout le temps. Mon idéal serait d'être une reine fainéante, toujours allongée sur son char... A la maison, je ne sais plus organiser mon travail. Je vais et viens, sans rien faire. Je m'en désintéresse complètement. Ce que je ne suis pas absolument obligée de faire, je le laisse. Je prends plaisir à tout laisser en désordre, alors qu'autrefois j'étais très ordonnée... Je ne peux plus lire. Je vois seulement les mots les uns à côté des autres, mais je suis incapable de lire... J'ai beaucoup de peine à suivre une conversation. J'évite toute discussion parce que je manque d'arguments, je ne trouve pas de répartie. Et je ne supporte pas la discussion : dès qu'on me contrarie, je suis prise d'un tremblement nerveux, cela me crispe. »

Elle nous dit qu'elle a redouté de venir nous voir ; elle appréhendait cet entretien dont elle savait qu'il allait « être dur pour elle en raison de l'effort d'attention et de concentration de sa pensée qu'il allait exiger ».

L'été dernier, son mois de vacances passé au bord de la mer ne l'a pas reposée du tout. A son retour, la reprise du travail a été très pénible, elle devait chaque jour rentrer aussitôt chez elle pour dormir. Il lui est arrivé de s'asseoir sur une chaise, dans le jardin et de s'y endormir involontairement pendant une grande partie de l'après-midi (après une brimade du matin). Plus récemment, elle a pris quinze jours de congé, qu'elle a passés chez elle ; aucun changement.

Elle est irritable, nerveuse, avec ses collègues. Elle est surtout hyperémotive, impressionnable. « Quand je suis contrariée, ou quand j'entends une dispute, ou des récriminations autour de moi, je me sens comme paralysée, j'ai des sueurs froides, je suis obligée d'aller beaucoup plus lentement dans mon travail... Une fois où j'étais à côté d'une collègue qui avait rouspété toute la journée, j'ai eu une crise de larmes. L'an dernier, j'étais moins fatiguée mais j'avais eu beaucoup plus de crises de larmes... Quand je suis fatiguée, ou bien après une vacation, ou après une conversation, j'ai l'impression d'avoir la tête comme dans un étau. J'ai des palpitations, des crises d'oppression. J'ai l'impression d'avoir le cœur malade ou d'avoir de la tension, j'ai des bourdonnements d'oreille... Parfois, j'ai l'impression de ne plus pouvoir parler.. »

Les troubles du sommeil sont caractérisés par la difficulté de l'endormissement, liée à un état de « nervosité » avec hypersensibilité aux bruits les plus légers. « Je dormirais tout le temps, mais souvent je n'y arrive pas. Au lit, je me sens énervée, je ne peux pas m'endormir, j'ai des démangeaisons. J'entends les plus petits bruits, j'entends les chiens aboyer dans le lointain. Je reste très longtemps sans dormir, essayant de me persuader que je n'entends plus rien. » Contrastant avec cette extrême sensibilité au bruit, le soir, elle a souvent l'impression, dans la journée, d'être sourde : « Je fais toujours répéter ce qu'on me dit. »

D’autre part, les bruits violents et inattendus, de même que les bruits répétés et monotones l’irritent terriblement : bruit de moteur (« la voiture des voisins me réveille le matin, ça me met dans un état terrible, je suis obligée de me lever »), bruit d’une micheline, à la gare (« je suis obligée de me tenir à quatre pour ne pas hurler »), claquements de porte, un chien qui aboie (« ça doit être de la même fréquence que le « pas libre » de l’Inter, ça me crispe, je bondirais, c’est comme un déchirement qui se produit en moi »), la radio (« ça me crispe : je l’écoute rarement, quelques minutes seulement, et je ferme le poste. Autrefois, j’écoutais beaucoup les concerts ; maintenant c’est bien rare, ou bien très peu de temps en temps seulement. J’entends quelquefois le poste de mon frère, au rez-de-chaussée : ça m’énerve, ça me crispe, d’autant plus que l’émission est moins nette »). Elle a très peu de distractions. Elle a une vie de militante syndicale active mais ne se trouve pas à la hauteur de sa tâche. Elle fait un peu de jardinage. Elle ne sort pas beaucoup, le théâtre, le cinéma la fatiguent.

Elle attribue sa fatigue à l’atmosphère dans laquelle elle travaille : bruits, bourdonnements des conversations autour d’elle, et tous les bruits techniques, en particulier le « retour d’appel ». Elle a toujours la hantise d’être coupée : « j’ai la hantise d’être coupée, la hantise du « pas libre ». J’ai l’impression d’essayer de construire un château de cartes qui va s’écrouler d’un moment à l’autre. » Elle se plaint aussi des parasites d’écoute : « Il y a beaucoup de bruit dû aux causes atmosphériques. On entend moins bien que sur un circuit et cela nécessite une plus grande tension d’esprit. C’est sans doute pour cela que je ne peux pas supporter d’entendre un poste de T.S.F. qui ne marche pas bien, ou de l’entendre de loin, d’une façon pas nette. »

L’exposé d’un cas, que la thèse relève comme sérieux, situera sans doute mieux les cadres d’un inventaire systématique.

LE NOYAU D'ASTHÉNIE (SENSATION DE FATIGUE)

9.8. Dans cette symptomatologie, de pivot ténu puisque de sensation, la détection d'indices doit savoir être conjointement critique et minutieuse : (1) parce que l'asthénie est en règle générale camouflée par des mesures de protection ou de défense que l'intéressé apprend à utiliser pour écarter les occasions quotidiennes d'envahissement par la fatigue ; (2) parce que ces mesures, encore qu'appliquées bien sûr aux seuls points de moindre résistance de l'emploi du temps, s'avèrent d'une relative efficacité, fût-ce au prix d'une certaine démolition de la structure de quotidienneté. Mais, aussi bien, l'asthénie prend alors le vêtement de manifestations *indirectes* dont le masque doit être levé : qu'il soit fait d'économie insolite, d'apparent laissez-aller, voire de manifestations plus tapageuses évoquant l'hystéroïde. Ajoutons encore qu'un critère classique peut ici, quand on le retrouve, être garant d'authenticité, lorsque la fatigue accusée paraît obéir plus ou moins régulièrement à un régime général d'inversion avec optimum le matin et effacement progressif dans la soirée. Passons maintenant à un bref examen des diverses travées de l'asthénie.

L'asthénie physique

9.9. La distinction en est classique pour autant que cette désignation isole la sphère du manque de forces physiques. En règle générale toutefois, ce n'est pas à la fatigue physique que revient la prépondérance clinique. Parfois pourtant le côté psychique de l'asthénie peut céder son premier plan régulier au côté physique de la sensation de fatigue, avec, spécialement, l'incrimination d'une lassitude invincible et tout à fait hors de proportion avec l'effort éventuellement réalisé : lorsque, par exemple, la montée d'une côte légère sur le trajet de retour du travail se

représente comme un obstacle tel qu'il pourrait, à la limite, aller jusqu'à l'envie impulsive de se coucher sur le trottoir.

C'est à ce comble de la sensation de fatigue que le sujet utilise le langage imagé où il se dit par exemple « vidé », « brisé », « anéanti ».

L'asthénie psychique (expression directe)

9.10. Plus que l'asthénie physique, elle représente ici le noyau véritable et en tout cas le plus aisément décelable, puisque la sensation de fatigue enveloppe la sphère de l'activité intellectuelle dans toutes ses opérations ou tous ses registres. Quand elle n'est pas flagrante, elle peut être recherchée dans deux plans : (1) Sans doute la sensation de « tête vide », quand elle est énoncée, est-elle centrale en tant qu'immédiatement indicatrice d'un trouble du déroulement *spontané* des opérations mentales. Mais parfois elle se déguise sous une parcimonie de la parole, un laconisme, voire un semi-mutisme sensible jusque dans l'examen. A l'extrême même, le sujet marquera une incapacité de soutenir la conversation autrement que par phrases brèves ou interjections. On est bien près alors de la sensation d'obtusion, dont l'éventualité n'est au demeurant pas exceptionnelle. (2) La sensation de carence peut aussi affecter, plus sélectivement en somme, tous les domaines de l'activité psychique qui prêtent à un *effort.* Notamment ces sujets accusent des difficultés plus ou moins grandes à prêter attention : ici la lecture du journal, là la fréquentation du cinéma ou de la télévision, ailleurs une discussion des plus banales deviennent des épreuves redoutées, et autant que possible évitées. Non moins saillantes sont les difficultés d'évocation : les noms, les dates, les mots les plus courants, les notions communes paraissent perdus ; ce qui, d'une part, retentit sur la qualité et la vivacité de la répartie ou de l'argumentation ;

ce qui, d'autre part, à un degré de plus, débouche sur la sensation extrêmement pénible de perdre la mémoire.

Quoiqu'il en soit dans chaque cas, ce registre de la sensation de fatigue intellectuelle peut devenir véritablement accablant, voire alarmant. Que peut être le mode de vie de sujets dont le champ de loisirs et de relations se rétrécit et se confine, ne serait-ce que pour éviter d'avoir à parler ? Que peut être le plaisir intime, quand l'exercice subjectif s'assortit de l'impression de ne plus rien savoir ou, plus péjorative, de n'avoir même vraiment jamais rien appris ? C'est aussi à ce degré, où l'asthénie déborde de toutes parts ses propres mesures de défense, qu'il faudra faire montre du plus de perspicacité pour la lire dans cette ombre.

L'asthénie psychique (expression indirecte)

9.11. Elle ne constitue pas à proprement parler un degré de plus ou de moins par rapport à l'expression directe. Simplement parfois elle est au premier plan, spécialement quand les défenses sont ou restent efficaces ; ou encore lorsque la fatigue, traînante, s'est indéfiniment approfondie. A ces égards, il conviendra de dévoiler l'asthénie psychique derrière les trois sentiments suivants.

Le sentiment de désintérêt

Souvent l'apathie, l'inertie, l'inappétence, l'indifférence paraissent devoir aiguiller le diagnostic dans d'autres directions, alors qu'en réalité ce désintérêt récent pour les travaux domestiques, ce vague dégoût pour tout qui est énoncé, cette envie de ne rien entreprendre, constituent ou bien la marque de mesures compensatoires à l'asthénie envahissante, ou bien la résultante d'une asthénie de longtemps supportée.

Le sentiment d'impuissance

Ce sentiment peut s’ajouter au précédent ou apparaître comme un aspect valorisé de celui-ci, soit que des questions de circonstances permettent difficilement d’éluder l’épreuve pragmatique quotidienne et l’inefficacité fatigante des efforts qu’elle requiert, soit qu’il apparaisse plutôt comme une auto-appréciation pessimiste dans le cadre de cette « réaction afflictive générale », telle que la nomme M. Montassut et sur laquelle finit par déboucher l’asthénie prolongée. Quoi qu’il en soit, du sentiment d’impuissance au sentiment d’échec la marge n’est pas grande, avec tout ce que cela peut aussi engager sur le plan des transitions du registre asthénique au registre dépressif.

Le sentiment d’insécurité

Sans pousser trop loin les nuances, on ne saurait pourtant le minorer en tant que point de repère supplémentaire sur le plan global de la réaction subjective au sentiment général que « tout est fatigant ». L’expression clinique indirecte de l’asthénie psychique suit d’évidence une ligne continue du sentiment de désintérêt à ceux d’impuissance et d’insécurité, pour autant que, depuis le dégoût ou la carence face aux obligations de quotidienneté, il y ait peu de chemin à faire pour que celles-ci soient vécues comme menaçantes.

Mais les dichotomies ne doivent certainement guère être poussées ici plus loin que pour ce qui concerne l’asthénie dite physique. S’il peut y avoir effectivement *déplacement* de la prévalence clinique du côté des sentiments rapportés, c’est au sens strict de ce terme : en foi de quoi, le véritable centre devra être restitué à l’arrière-plan, sinon toujours de l’actualité, du moins de plus ou moins récents antécédents.

LE NOYAU DE NERVOSISME (TROUBLES DE L’HUMEUR ET DU CARACTÈRE)

9.12. Le noyau de nervosisme est aussi caractéristique des états neurasthéniques que le précédent, auquel il est d'ailleurs très étroitement intriqué. Encore largement subjectif, en ce que ses composantes essentielles comportent de freinage ou de labilité, il est pourtant à l'origine de décharges dont le regroudement clinique, comme les modalités d'apparition, sont les références qui permettent de parler d'états neurasthéniques expérimentaux. Sa mise en évidence pourtant ne sera pas toujours chose facile, étant donné le cortège de honte dont s'assortit, pour le sujet fatigué, un ordre de manifestations d'explosivité d'autant plus incompréhensible à ses yeux qu'elles contrastent avec cet « abattement » ou ce « dégoût », cette perte des moyens ou de la sécurité qu'il reconnaît plus usuellement. C'est dire qu'il convient d'aborder avec soin les plans de manifestation ici les plus significatifs.

L'irritabilité

9.13. C'est dans ce domaine que les manifestations sont sans doute les plus spectaculaires. Mais il faut insister sur le fait qu'elles ne seraient aucunement évocatrices, car trop quotidiennes, si leur propension à la répétitivité ne mettait en relief leur cachet à vrai dire plus explosif qu'impulsif. La projection ou le bris soudain d'objets ou d'ustensiles, la scène violente sur motif incertain que le sujet fait à son conjoint, pourtant déjà prudent, la giffle que le sujet donne brutalement à l'enfant dont la turbulence est pourtant banale, la réponse parfaitement déplacée au supérieur par ailleurs respecté — toutes ces manifestations n'auraient rien de bien pathognomonique si précisément elles n'éclataient comme autant de coups de tonnerre dans un ciel serein : c'est-à-dire de la part de personnes connues habituellement et se connaissant comme « normales », mais ayant tendance depuis un certain temps à ne plus

pouvoir freiner dans leur comportement quotidien certaines réactions qu'habituellement on maîtrise. Ces explosions paradoxales seront encore plus indicatives lorsqu'elles surviennent sur le fond passager d'une prostration qui peut être l'aboutissement du mutisme ou de l'obtusion déjà évoquée.

L'impressionnabilité

9.14. Le plus souvent les faits par lesquels se marque l'impressionnabilité sont mal distincts des manifestations d'apparente impulsivité qu'ils accompagnent ou suivent communément ; ils portent d'ailleurs le même cachet explosif. Dans l'irritabilité, il s'agissait d'une amplification, en somme caractérielle dans sa mesure et sa disproportion, dans la sphère de la réponse aux minimes contrariétés qui se conjuguent dans la vie professionnelle ou familiale. Dans l'impressionnabilité, il s'agit d'une amplification émotionnelle, pareillement démesurée et disproportionnée, dont s'accompagne sporadiquement la même sphère de réponse normalement subliminaire.

Au minimum, c'est la sensation outrée d'être « au bord des larmes », parfois aux réactions caractérielles aussitôt légitimement regrettées mais sans avoir pourtant à prêter à ce désordre ; parfois c'est la même sensation mais itérative, et à son tour exténuante et irritante si elle se produit par exemple pour des riens dix fois dans l'heure. A un degré de plus, c'est la réaction émotionnelle pure, c'est-à-dire la crise de larmes dans des éventualités rigoureusement homologues. A un degré de plus encore, c'est la « crise de nerfs », c'est-à-dire un mixte en éclair, faiblement motivé, d'exaspération, de colère et d'émotivité avec théâtre du corps, bris d'objets et résolution communément sous forme de crises de larmes. On peut noter aussi parfois un déplacement de pôle, en sens inverse en quelque sorte, lorsque la crise de nerfs apparaît comme

l'exacerbation d'un fond plus permanent d'hyperémotivité, voire d'anxiété.

Nous n'insisterons pas sur l'éventualité, heureusement plus rare, où le tableau clinique marque un changement de qualité : lorsque la rupture oscille dangereusement vers le pôle de la dépression sous la forme d'un « marasme neurasthénique » qui, pour n'être parfois que l'accentuation de l'asthénie habituelle, forme une frange avec la dépression neurasthénique que nous avons évoquée à propos des psychoses thymiques (6, 14 et suiv.).

L'hyperexcitabilité psycho-sensorielle

9.15. Il est certainement d'un grand intérêt de noter, qu'à la base de ces objectivations du nervosisme, une analyse sémiologique ouverte à l'ensemble du couple stimulus-réponse retrouve souvent cette sorte de foyer commun : ce qu'on serait tenté de traduire, dans les limites bien sûr d'un langage métaphorique, en évoquant un affaissement du problématique seuil psycho-sensoriel. En effet la crise de colère clastique, la crise de larmes, la crise de nerfs sont souvent à rapporter, moins peut-être à la contrariété minime éventuellement en cause, qu'à une intolérance au bruit dont elle peut s'assortir. Ceci est particulièrement net lorsqu'il s'agit de réaction à ce qui est souvent bruit prolongé des enfants ou encore éclat de voix, fût-il accidentel, dans une discussion. Le rapport peut être moins immédiat mais non moins certain en cas d'intercurrence soudaine de la radio impulsivement refermée lorsqu'un des proches l'a malencontreusement poussée par exemple. Il faut insister sur ces faits, d'autant que le retentissement subjectif du bruit est souvent incriminé par ces sujets, hors toute espèce de « scène », par exemple dans ces mots d'une malade rapportés par J. Begoin : « Ça résonne dans ma tête comme dans une caverne. » Sans doute ne faut-il pas majorer

mécaniquement ces aspects psycho-sensoriels ; mais ils sont pourtant à souligner car il est plutôt rare en clinique psychiatrique de découvrir des faits pathologiques où la physiologie et la psychopathologie soient aussi nettement en interférence.

LE CORTÈGE PSYCHOSOMATIQUE

9.16. Il existe en règle générale, encore que de distribution très variable selon les cas et sans grande spécificité apparente, à l'exception des troubles du sommeil dont la place paraît capitale dans le tableau clinique pour sa fréquence et surtout son retentissement.

Les troubles du sommeil

9.17. Il n'est pas exceptionnel qu'ils soient mis au premier plan par ces malades. Même en dehors de cette éventualité, les troubles du sommeil restent un syndrome fondamental dans les états neurasthéniques, soit qu'il s'agisse d'une hypersomnie diurne ravageant tout ou partie de la journée du travail ou de loisir (en rapport bien sûr avec l'obtusion déjà évoquée), soit qu'il s'agisse, et c'est le plus souvent, d'insomnie nocturne. Celle-ci revêt schématiquement deux grandes formes à la vérité intriquées.

Troubles de l'endormissement

Quelles que soient les précautions, l'endormissement reste tardif et difficile, après des heures de mentisme et de gesticulation. Le sommeil enfin trouvé reste léger, agité, entrecoupé de réveils rebondissant en rendormissements non moins difficiles et fragiles. Le sommeil s'approfondit paradoxalement au petit matin, liminairement au lever, dès lors grevé par un état d'obtusion dont la dissipation peut exiger de longues heures.

Troubles du rendormissement

En contraste avec la situation précédente, l’endormissement est facile, encore que le sommeil ait le même caractère. Le réveil cette fois s’opère au milieu de la nuit avec une flagrante régularité qui renvoie à des difficultés identiques à celles du cas précédent pour ce qui est de se rendormir. Le lever enfin s’assortit du même état d’obtusion et des mêmes délais de dissipation.

On conçoit que ces troubles du sommeil retentissent éminemment sur la symptomatologie foncièrement subjective des états neurasthéniques. Fixation pathologique, voire obsédante, dit-on souvent de ces malades auxquels alors on semble en faire grief ! Fixation justifiée, plus exactement, pour ce que le mauvais sommeil comporte d’aggravant. D’autant que les somnifères ou sédatifs prescrits, d’efficacité souvent toute relative, renforcent l’obtusion matinale, vouant alors le sujet à absorber des quantités excessives de café fort. Il se crée dès lors un cercle vicieux et une hyperexcitabilité encore plus asthéniante.

Les troubles psychosomatiques proprement dits

9.18. Nous n’insisterons guère sur les troubles psychosomatiques proprement dits, étant donné l’étendue du champ qui là se présente à défricher jusqu’aux confins parfois de l’angoisse somatique. Citons parmi les troubles les plus marquants : des troubles digestifs avec, en particulier, anorexie, très souvent relevée, nausées et gastralgies, vomissements et amaigrissement selon une fréquence moindre ; des troubles cardio-vasculaires avec palpitations, troubles vaso-moteurs, vertiges, tendance syncopale, sensation de striction précordiale ; des troubles des règles divers sinon spectaculaires, des céphalées tenaces, résistantes, spécialement localisées au temps du réveil, des rachialgies, des sensations de spasmes, telles la

« boule à l’estomac » ou la boule œsophagienne. Signalons que ce cortège somatique sert souvent,de référence quand on envisage, dans une perspective plus physiopathologique que psychopathologique, les données de la psychiatrie animale parallèlement riche en manifestations cortico-viscérales.

LE COURS ÉVOLUTIF

9,19. On aura certainement aisément repéré qu’à peu près aucune des manifestations cliniques des états neurasthéniques ne se démarque nettement de ce que connaît la fatigue « banale ». On pourrait donc être tenté de penser que la question se pose primordialement en ces termes : où s’achève la sphère de la fatigue et où s’amorce celle de la neurasthénie ? Cliniquement parlant, du moins, cette sorte de question peut être écartée, sans grand examen, pour cause de formalisme : à la fois, parce qu’elle est communément sous-tendue par des implications doctrinales tendant à nier le virage neurasthénique en tant que virage névrotique, sous couvert d’une dévaluation de la fatigue et du surmenage, et parce que, sur le terrain des faits cliniques, les critères de stagnation de la symptomatologie de fatigue ou, selon le mot de J. Begoin, de « névrotisation » de la vie quotidienne par fatigue sont suffisamment patents pour n’avoir pas lieu de prêter à des discussions byzantines. Mais, dans ces cas, quels sont alors les types évolutifs ?

9.20. Pour les auteurs soviétiques de stricte obédience pavlovienne, tels A.G. Ivanov-Smolenski ou V.S. Bamdas, le cours évolutif procéderait par stades ; cette vue est d’ailleurs conforme à la représentation que l’on se fait dans cette école de la dynamique cérébrale et de l’approfondissement de ses éventuelles perturbations. L’école soviétique distingue ainsi trois stades. (1) Pendant

une période prolongée, la symptomatologie majeure serait celle de *laforme hypersthénique,* dominée non tant par l’asthénie que par les troubles de l’humeur et du caractère sur fond d’intolérance psycho-sensorielle tels qu’ils ont été évoqués à propos du nervosisme (9, 12-15). Sans doute cette forme marque-t-elle aussi un certain degré de fatigabilité avec troubles du sommeil, mais souvent déguisée par une hyperactivité qui, pour être plus ou moins improductive dans ses fonctions compensatrices, s’avère relativement efficace, du moins à cet égard. (2) Ensuite le stade suivant serait celui de *la forme dite de faiblesse excitable,* et l’accent est mis cette fois, dans le tableau clinique, sur les manifestations d’explosivité et de fatigabilité. En somme, la différenciation avec la phase précédente serait assurée à la fois par une plus grande labilité des réactions, qu’elles soient d’impulsivité ou d’hyperémotivité, et une facilitation notoire du passage à la fatigue. De la sorte, cette fatigabilité prendrait en somme ici le relai de la précédente hyperactivité. (3) Enfin le stade dernier serait celui de *la forme hyposthénique,* où l’asthénie physique et psychique, jusqu’au marasme, passe au premier plan dans un registre de quasi-permanence, tandis que les manifestations antérieures d’hypersthénie, aussi bien que d’explosivité avec fatigabilité, s’avèrent plus larvées pour autant qu’elles sont noyées dans l’asthénie.

9.21. Pourtant cette systématique évolutive qui possède une incontestable réalité clinique, indépendamment de l’explication pavlovienne[1], ne doit être appréciée que comme tendancielle. Les auteurs soviétiques eux-mêmes marquent notamment le caractère aisément curable des deux premières formes, à la condition que l’on prenne opportunément les mesures de traitement ou de repos nécessaires. En fait, dans le cadre d’un pronostic en principe favorable, tout dépend, d’une part, des

circonstances du surmenage et des dispositions qu'à ce niveau on peut ou non prendre (le problème ne se posant évidemment pas d'évidence dans les mêmes termes pour une standardiste des P. et T. amorçant la forme 1 ou pour un rescapé des camps de la mort usé par des années de survivance dans la forme 3) et, d'autre part, des événements intercurrents. Si un congé de longue durée, dans des conditions favorables et sans perspectives de retour aux conditions pathogènes d'origine, peut à la longue arranger bien des choses, une grossesse intempestive, une maladie relativement sérieuse, des conflits graves peuvent fâcheusement remettre tout en cause. Il reste, en dernier ressort, cette épineuse question, posée plus souvent qu'on a voulu le dire, de ces évolutions traînantes, quoi qu'on fasse, vers des marasmes dépressifs particulièrement destructeurs pour le mode de vie. Dans ces cas, il paraît quand même léger de tout rapporter, comme d'aucuns le voudraient, à des dispositions névrotiques latentes, voire psychotiques, et de ne pas tenir compte de tout le poids sur la vie à venir de l'épreuve neurasthénique qui est fréquemment prolongée dans des conditions trop souvent peu susceptibles de permettre de lever l'hypothèque du surmenage.

Du modèle expérimental au dossier de la névrose des téléphonistes

9.22. Si M. Montassut pouvait écrire en 1938 dans sa thèse : « Les controverses sur la neurasthénie peuvent se ramener au débat général sur la réalité des manifestations subjectives » (Bibl. N° 4, p. 24), il se fait qu'en même temps le problème de la neurasthénie se trouve placé au centre des données dans le domaine si controversé des *névroses expérimentales.* Pour ce qui est des névroses

expérimentales dans leur ensemble, la découverte fut faite par hasard, sans hypothèse directrice, autour des années 1920 dans les laboratoires pavloviens ; et ce qui eût pu être considéré comme obstacle fâcheux au travail devint, sous l'impulsion de Pavlov, champ de recherche systématique. Le développement ultérieur de ces travaux a eu certainement à souffrir des limitations apportées tant par le type d'interprétation physiologiste en vigueur dans l'école soviétique que, après implantation aux Etats-Unis par le truchement de Liddell et Gantt, par le glissement et le gauchissement rapide de l'expérimentation (notamment chez Maïer et Masserman), en fonction d'une inspiration psychanalytique sans doute hâtive. Faute de pouvoir développer ces points assez complexes d'histoire, renvoyons pour détail à la bibliographie (notamment 11, 16, 17, 18).

Quoi qu'il en soit, la référence à la neurasthénie reste majeure, tout au moins dans le secteur soviétique de ce travail. Par exemple chez Pavlov, en 1935, peu de temps avant sa mort, dans un bilan où il reste donc fidèle à des hypothèses émises dès 1923 au départ de ses recherches : « On peut très naturellement comparer les névroses des chiens que nous avons décrites à la neurasthénie des hommes, d'autant plus que certains neurologistes insistent sur deux formes de neurasthénie : la neurasthénie excitable et la neurasthénie dépressive. Ensuite, y correspondent aussi certaines névroses traumatiques et des états pathologiques réactionnels. » (Cité par A.G. Ivanov-Smolenski, Bibl. N° 1, p. 167.) Dans la même perspective, dans la contribution soviétique beaucoup plus récente (1964) au recueil *Psychiatrie animale,* on peut lire, sous la plume de V.K. Fedorov : « Certains des animaux présentaient une maladie analogue à la neurasthénie de la clinique humaine, sous ses deux formes — excitation et asthénie. Dans les formes à type d'excitation, le chien devient inquiet, extrêmement impatient, soit qu'on le mette

sur la table d'expérimentation, soit qu'on l'en ôte. Au cours de l'expérience, tantôt il s'assied, tantôt se lève, s'agite sur la table en tirant la langue, geint, aboie. Dans les formes où la déviation se fait du côté de l'inhibition, le chien est assis avec la tête basse. Certains animaux refusent l'alimentation au cours du renforcement des réflexes conditionnés, d'autres font preuve d'inquiétude, essaient de quitter la table et crient. » (Bibl. N° 12, p. 213.)

On aura sans doute quelque peine à retrouver, dans les parcimonieux protocoles des physiologistes de l'activité nerveuse supérieure, les indices sûrement évocateurs de la fatigabilité intellectuelle ou des sentiments de désintérêt et d'impuissance de la clinique humaine. Toutefois la fréquence de l'excitabilité et de l'explosivité dans les conduites d'inquiétude motrice des chiens, les manifestations grossières mais patentes de labilité émotionnelle, de l'affolement à la quasi-stupeur, l'expression, toujours chiffrable en gouttes de salive, de ce qu'il faut bien appeler fatigue ou surmenage des systèmes de réflexes conditionnés les mieux stabilisés, la distribution tendancielle en deux grandes sortes de tableaux opposés que les pavloviens désignent par les deux dénominations évocatrices de *ruptures inhibitrices* et *ruptures excitatrices,* peuvent difficilement ne pas être pris en considération, surtout lorsqu'on sait que leur mode d'apparition répond à des conditions expérimentales aiguës ou chroniques de surmenage et d'épuisement systématique des chiens.

9.23. Avant d'y revenir, il faut dire quelques mots d'un contentieux plus global en matière de névroses expérimentales. Sous couvert d'un truisme (« l'homme n'est pas l'animal »), on tend curieusement, voire aveuglément, à minimiser la portée de l'information expérimentale, spécialement sur le plan de la durée des troubles observés. Tout se passe en somme comme s'il était

plus rassurant en ce domaine de n'avoir à faire qu'à de simples états émotionnels banals chez l'animal et par conséquent peu référables au névrotique humain. L'ennui est que cette vision des faits ne se soutient tout simplement pas pour celui qui en a la manipulation, par exemple pour J. Cosnier qui écrit récemment (1966) : « Nous pensons que l'ensemble des faits exposés dans les chapitres précédents permet de juger ce point de vue trop expéditif. Que ces « états de tension » persistent pendant des mois, voire des années, même en dehors de la situation expérimentale, qu'ils puissent aboutir à la mort de l'animal (par refus de nourriture ou de boisson) et aussi que seuls certains individus les manifestent, complique suffisamment les choses et évoque assez les troubles humains pour mériter plus d'attention. C'est l'attitude adoptée par la majorité des auteurs qui ont eu, eux-mêmes, une certaine pratique des névroses expérimentales : Liddel, Gantt, Maïer, Masserman, Cain, etc... » (Bibl. N° 17, p. 68).

Plus subtile est sans doute l'argumentation qui insiste cette fois sur *l'écart* de l'expérimentation à la clinique. A cet égard, il n'est certainement pas vain de citer H. Ey dans l'introduction spécialement sérieuse et documentée qu'il donne en 1964 au volumineux ouvrage *Psychiatrie animale.* « Que dire maintenant des échecs dans le problème du comportement ? Ceci : qu'ils ne sont pas tous et nécessairement pathologiques, et c'est le reproche que l'on peut faire à beaucoup d'études dites de « névroses expérimentales », celui de considérer comme pathologique l'impossibilité de s'adapter aux difficultés exceptionnelles que constituent les conditions de l'expérience. Car enfin, que l'on attache un chien et qu'il ne puisse se procurer la nourriture qu'en discriminant un losange d'un carré, sa récompense qu'au prix d'un apprentissage rendu exceptionnellement difficile, que n'importe quel animal soit placé dans ces conditions expérimentales où il est harcelé, traumatisé, violenté, ses réactions d'angoisse ou

d’inhibition sont tellement prévisibles pour être dans le sens même des émotions qui expriment sa peur ou son désarroi, que l’expérience est quasi superflue. Si le manuel opératoire de toute « névrose expérimentale » se résume pour l’expérimentateur à tendre un piège, il risque lui-même de s’y laisser prendre. Sans doute Pavlov, Liddell et Masserman nous assurent qu’ils entraînent ainsi une perturbation durable du comportement qui équivaudrait alors à une « véritable anomalie » psychopathologique appelée « névrose ». Cela est évidemment possible, mais les faits ne sont pas toujours convaincants. » (Bibl. N° 19, p. 32-33.)

Dans ce texte véhément, on peut certainement faire peu de cas de ce qui n’est que renouvellement du scepticisme précédent ou de ce qui y connote encore la critique somme toute tautologique de l’expérimentation. Beaucoup plus sérieuse est, à l’arrière-plan de ce sujet, l’antinomie à laquelle son auteur voudrait convier, voire sommer l’actuelle pensée psychiatrique. Car, à la vérité, l’enjeu n’est pas tant ici la validité, contingente, des névroses expérimentales mais bien, comme il le dit, « le cheval de bataille de la psychiatrie », à savoir l’option pour ou contre l’éventuelle causalité exogène en cette discipline. Au regard, en effet, d’une position qui récuse totalement et originellement que ce soient « les influences de l’environnement qui forment (ou déforment) le psychisme », le sort à donner au dossier expérimental va de soi : en tout état de cause, il est à mettre sur le plan du subsidiaire.

9.24. Paradoxalement, c’est sur le terrain, de prime abord pourtant scabreux, des états peu ou prou neurasthéniformes, mis en évidence par l’expérimentation animale, que paraît se situer un espace où existent des interférences avec la clinique humaine. On peut en effet, en ce domaine, quitter le plan toujours assez académique

d'une *réhabilitation.* Les faits humains intervenus assez récemment et massivement dans le cadre de ce qu'il faut bien appeler une psychiatrie industrielle obligent à des rapprochements neufs qui, dans leur plus grande localisation, débouchent sur une réflexion critique elle-même entièrement à renouveler. C'est donc au dossier ouvert dans les années 1950 par L. Le Guillant et J. Begoin à l'occasion des troubles nerveux de forme neurasthénique fréquente chez les standardistes et mécanographes de P. et T. que nous nous référerons ici, en nous limitant à lui, parce qu'il reste, à notre connaissance, le plus soigneusement et le plus longuement fouillé.

Ce travail eut pour origine des observations cliniques sur la fréquence et l'importance de désordres nerveux assez immédiatement consécutifs apparemment à la fatigue, au surmenage chez ces employées. On retrouve en effet chez maintes d'entre elles l'existence du *syndrome subjectif commun* que nous avons décrit plus haut (9,8-18), soit : (1) asthénie physique et psychique — d'abord dominante à la fin de la vacation, puis tendant à devenir permanente — avec sensation d'abattement, de lassitude intense, trouble du déroulement habituel des idées, etc. ; (2) troubles de l'humeur et du caractère avec irritabilité, explosivité, impressionnabilité, hyperémotivité jusqu'aux crises d'anxiété ; (3) troubles du sommeil et de la sphère psychosomatique (céphalées, vertiges, troubles digestifs, etc.).

Ces symptômes ne sont donc aucunement spécifiques. Simplement, derrière l'anonymat de « congés de longue durée » d'une abondance insolite dans cette profession, ils se profilaient dans des proportions telles qu'ils en venaient à faire problème dans leur rapport éventuel avec elle. Et se rehaussaient alors, dans leur immédiate prégnance, les *circonstances* dans lesquelles apparaissaient ces formes neurasthéniques de ce que les auteurs ont appelé *le syndrome des téléphonistes et des mécanographes.* Il s'agit

des circonstances, nettement marquées de lieu et de temps, faisant suite à une réorganisation technologique d'ensemble de la situation de travail de ces employées, selon les exigences d'une productivité élevée et les principes d'un taylorisme soit-disant aménagé. En bref, une morbidité en accroissement paraissait se développer à la faveur d'une mécanisation dont aucune hauteur psychiatrique ne pouvait longtemps méconnaître les principes, ne serait-ce que pour saisir certains de ses retentissements.

Certainement, l'organisation moderne du travail sur machines repose-t-elle sur une simplification des opérations. Ainsi simplifiées, les tâches deviennent donc en principe plus faciles à exécuter. Mais les exigences d'une productivité élevée requièrent alors bientôt du travail un « haut degré de vitesse, de précision et d'attention », selon les mots de J. Begoin (Bibl. N° 3, p. 106). En définitive, à l'effort musculaire se substitue une intensification nouvelle du travail dont la charge et le retentissement s'exercent maintenant, dans un manifeste déplacement, sur le système nerveux. Et J. Begoin peut écrire : « Ainsi, dans la pratique, peut-on observer qu'à chaque réduction d'effort musculaire et de complexité des opérations correspond un accroissement de la vitesse, par conséquent un accroissement des efforts de précision, d'attention, de discrimination tactile et visuelle, de contrôle plus exigeant, plus fin de la motricité par les centres nerveux supérieurs. L'économie réalisée à un certain niveau fonctionnel (essentiellement musculaire) entraîne une plus grande dépense d'énergie à un autre niveau (essentiellement nerveux.) » (Bibl. N° 3, p. 107.)

9.25. Cette évolution entraîne des conséquences importantes. Les manifestations de la fatigue nerveuse, qui n'ont plus grand-chose de commun avec celles de l'ancienne fatigue musculaire (la « bonne fatigue » comme

dit L. Le Guillant), débouchent maintenant sur la sphère des troubles névrotiques, ainsi que le montre l'étude clinique des employées des P. et T. soumises aux règles les plus poussées de cette prétendue rationalisation du travail. Car dans l'exemple étudié par ces auteurs deux constatations s'imposent : d'une part, il existe certainement un rapport entre la floraison de troubles de type neurasthénique et l'institution du système des cadences dans la situation de travail ; mais d'autre part et peut-être surtout, il apparaît, sur la toile de fond de ce premier rapport, que, depuis les manifestations banales de la fatigue, entraînées de façon jugée compréhensible à partir de telles conditions inhabituelles, jusqu'à la névrose neurasthénique caractérisée de cours plus ou moins sévère, aucune transition bien nette ne peut être observée et précisée.

Il ne saurait être question d'établir dans le domaine considéré tel ou tel lien *mécanique* de causalité, on ne sait trop quelle linéarité entre le développement de la névrose et les conditions pourtant évidentes de fatigue et de surmenage. La situation envisagée n'est pas du type simplifié et contrôlé de l'expérimentation. A la vérité cette situation, même dans son rapport avec la fatigue, a fortiori quand on passe à la névrose, apparaît rien moins que simple. D'une part, on se trouve en présence du travail lui-même, de tout le domaine de ces opérations décomposées, soumises aux impératifs de la vitesse et de la précision dans le cadre d'une organisation rigoureuse. Mais, d'autre part, l'analyse de la situation de travail décèle un climat psychologique particulier, souvent incriminé au premier chef par les employées surmenées : tout un cortège de surveillance, d'obsession du rendement, de sentiment avilissant d'absence d'initiative que le régime suppose et impose. Enfin on ne saurait évidemment faire abstraction, dans cette analyse, du fait que la situation de travail n'est pas séparée de façon absolue du mode de vie

extraprofessionnel, du domaine des particularités par exemple affectives ou sexuelles éventuellement conflictuelles, des motivations personnelles, voire des dispositions névrotiques ou même de ce qu'on appelle prédispositions de la personnalité. Et il y a évidemment là tout un domaine qui doit être considéré dans ce qu'il peut apporter ou ajouter à la dimension psychosociale de la fatigue et de la névrose.

9.26. Mais, dans ce dédale de faits, dont aucun certainement n'est indifférent, le problème est essentiellement d'ordre méthodologique. Il consiste à tenter de définir ce qui, ici, peut être premier ou second. Et c'est en ce point qu'on peut, qu'on doit faire retour aux données expérimentales. Car, encore une fois, pour céder au vieux truisme selon lequel « l'homme n'est pas l'animal », s'il n'existe pas pour l'animal, comme y insistait tellement Pavlov, de sphère psychologique au sens strict, faut-il pour autant valoriser cette sphère chez l'homme, jusqu'à faire abstraction de ce qu'il est, lui aussi, doté d'un système nerveux central dont au moins certains principes de fonctionnement doivent rester identiques à ceux que met en évidence l'expérimentation animale ?

Ainsi, ce qu'on pourrait peut-être apprendre ou réapprendre sur ce terrain certes mouvant des états neurasthéniformes issus des laboratoires pavloviens centrés sur l'étude de l'« activité nerveuse supérieure », c'est que, en matière d'échange expérimentation-clinique, la pente d'un raisonnement devenu trop usuel a parfois à être renversée. Peut-on affirmer jusqu'au bout, par exemple, que les problèmes difficiles d'adaptation au milieu, vis-à-vis desquels l'homme n'est manifestement pas prémuni, se posent exclusivement en termes de psychologie subjective ? Ne faut-il pas admettre plutôt que ces problèmes continuent pour lui aussi à se poser fondamentalement en termes de système nerveux, même si

ce fond apparaît plus ou moins masqué, sur le plan de la subjectivité, plus ou moins recouvert par telles ou telles données psychologiques ?

Alors aussi l'examen comparatif des situations expérimentales pathogènes pour le système nerveux de l'animal et de la situation de travail des employées des P. et T. devient ou redevient pensable et ne va pas sans marquer — toutes proportions gardées bien sûr — quelque analogie. Les problèmes expérimentaux des laboratoires pavloviens réclament du système nerveux des chiens, rappelons-le, des efforts considérables de discrimination (différenciation de signaux très voisins), de précision (réponse élective à tel signal), de rapidité (nécessité de passer sans transition de réponses motrices positives à des réponses négatives). Mais la vitesse des cadences ne requiert-elle pas également de gros efforts de précision, d'attention, de discrimination ? Qu'il y ait au niveau de ces opérations — et donc à prendre en charge quelque part dans leur concept même — tout un contexte « psychologique » dont il serait absurde de faire fi, ne suffit pas encore à effacer ce qu'il y a de commun dans les deux types de situations.

9.27. Sans vouloir donc considérer que la névrose des employées des P. et T. n'est qu'une névrose expérimentale (la névrose expérimentale de l'animal ne saurait être, comme le dit A.G. Ivanov-Smolenski, qu'un « modèle grossier » de la névrose humaine), sans vouloir même majorer la ressemblance de la symptomatologie dans les deux ordres de tableaux cliniques, concédons, avec J. Begoin, que ces données rapprochées plaident assez pour la thèse selon laquelle le tableau clinique de la névrose de ces employées peut être envisagé, au moins primordialement, comme reflétant un type particulier « de dépassement des possibilités normales d'adaptation de l'homme à certaines situations pathogènes » (Bibl. N° 3,

p. 123). Concédons aussi alors, pour reprendre cette fois une distinction de J. Cosnier, qu'elles suffisent à camper, face aux « névroses historiques » de génétique obédience freudienne, un cadre de « névroses traumatiques », plus « actuelles » dans leur exogénie. A cette réserve expresse que ce ne soit pas pour les opposer polairement, comme cet auteur a tendance à le faire : mais plutôt dans l'intention limitée de consolider la restauration d'un certain corps ou d'un certain ordre de faits qu'il serait préjudiciable de voir une fois encore retourner à la clandestinité pour ce qu'ils recèlent aujourd'hui de contre-poids indiqué, fût-il fragile, à des idées régnantes trop exclusivement tournées vers le passé en matière de discours sur le névrotique.

Bibliographie

[1] « Psychosomatique et fatigue », travaux du 3e congrès international de médecine psychosomatique, in « *Revue de médecine psychosomatique et de psychologie médicale* », numéro spécial juillet-août-septembre 1966, N° 3. [Rapports *in extenso,* communications en résumé. lntroduit à l'état présent des problèmes posés par la fatigue et l'asthénie en toutes sortes de situations psychologiques ou sociologiques.]

[2] J. BEGOIN. « La notion d'asthénie psychique », in *Entretiens psychiatriques* 5, Ed. P.U.F.-Privat, Paris-Toulouse 1960. [Propose une histoire des idées que la thèse de l'auteur ne reprend pas.]

[3] J. BEGOIN. « Le travail et la fatigue », in *La Raison,* numéro spécial 20-21, 1958. [Préface de L. LE GUILLANT. Thèse de médecine reproduite dans sa presque intégralité et enveloppant à l'occasion du dossier

des employées des P. et T. l'ensemble des problèmes de psychopathologie du travail industriel.)

[4] H. MONTASSUT. *La dépression constitutionnelle,* Ed. Masson, Paris 1938. [Thèse de médecine reprenant le problème de l'ancienne neurasthénie dans une perspective encore constitutionnaliste.]

[5] L'asthénie chronique progressive, données tirées des conférences médicales internationales des anciens déportés et internés, Ed. F.N.D.I.R.P., Paris 1959. [Condensé, sans nom d'auteur, des observations rapportées aux Conférences de Copenhague et de Moscou par des médecins de toute l'Europe occupée.]

[6] Le GUILLANT, ROELENS, BEGOIN, BEQUART, HANSEN, LEBRETON. « La névrose des téléphonistes » in *La Presse médicale,* 15 février 1956. [Article inaugural pour les études de LE GUILLANT chez les employées des P. et T.]

[7] L. LE GUILLANT et J. BEGOIN. « Psychopathologie du travail : à propos de quelques observations de mécanographes », in *Bulletin de psychologie,* 16 avril 1957. [Premières remarques sur cette autre catégorie d'employées des P. et T. en relation pathologique à leur situation de travail.]

[8] H. DESOILLE et L. LE GUILLANT. « Effets de la fatigue sur la santé des travailleurs », Rapport à la conférence internationale sur l'influence des conditions de vie et de travail à Cannes (1957).

[9] L. LE GUILLANT. « Réflexions sur une condition de travail particulièrement pénible », in *L'homme et la société,* janvier-mars 1967, N° 3. [Exposé de recherches sur la condition des roulants de la S.N.C.F. soumis à de nouveaux systèmes dits *de sécurité.]*

[10] V.S. BAMDAS. « Les types cliniques évolutifs de la neurasthénie », in *Documents du centre culturel France-URSS,* série neuropsychiatrie, N° 20, janvier 1965. [Texte

ronéotypé, faisant synthèse de la conception pavlovienne en matière de neurasthénie.]
[11] A.G. IVANOV-SMOLENSKI. « Essais sur la physiopathologie de l'activité nerveuse supérieure », in *La Raison,* numéro spécial 11-12, Paris 3e trimestre 1955. [Ouvrage fondamental pour la connaissance détaillée et chronologique des travaux des laboratoires pavloviens sur les névroses expérimentales. Plus accessoirement, conceptions pavloviennes en clinique psychiatrique. Très importante bibliographie de langue russe.]
[12] V.K. FEDOROV. « A propos de certaines anomalies du comportement chez les animaux », in *Psychiatrie animale,* Ed. Desclée de Brouwer, Paris 1964. [Exposé succinct mais récent de l'orientation soviétique restée classique.]
[13] R. ROELENS. « A propos des névroses expérimentales », in *L'information psychiatrique,* décembre 1959. [Résumé des travaux de l'école soviétique de P.S. KOUPALOV sur chiens libres de leurs mouvements.]
[14] J.F. LE Ny. *Le conditionnement,* Ed. P.U.F., 2e édition 1966. [Ne traite pas des névroses expérimentales mais examen critique approfondi des concepts pavloviens.]
[15] J. MASSERMAN. *Principes de psychiatrie dynamique,* Ed. P.U.F., Paris 1956. [Bilan des travaux expérimentaux et des conceptions plus générales de cet auteur en psychiatrie.]
[16] J. CAIN. *Les névroses expérimentales,* Ed. Desclée de Brouwer, Paris 1959. [Ouvrage très approfondi au double plan de l'historique et des protocoles d'expérience des différentes écoles. Importante bibliographie principalement américaine.]
[17] J. COSNIER. *Les névroses expérimentales,* Ed. du Seuil, Paris 1966. [Se présente davantage comme un bilan de travaux connus ou personnels.]

[18] P. AULAGNIER. « La névrose expérimentale dans l'école américaine », in *Psychiatrie animale,* Ed. Desclée de Brouwer, Paris 1964. [Mise en ordre claire d'une orientation de travail ayant évolué en ordre dispersé. Importante bibliographie.]

[19] H. EY. « Le concept de psychiatrie animale », in *Psychiatrie animale,* Ed. Desclée de Brouwer Paris 1964. [Texte de doctrine très documenté et de première importance pour la connaissance des idées de cet auteur en psychopathologie.]

10

Le champ hystérique

10.1. Il paraît légitime d'utiliser le terme de champ, parce qu'on aborde ici un domaine où, pour toute une série de faits et de raisons que nous retrouverons au fil de l'exposé, la définition se fait moins en cernant son objet et en le précisant que par une méthode d'addition successive de franges d'indétermination. Si l'on pense à ce que le champ hystérique engage, qui est plus souvent aux frontières du pathologique qu'en son plein centre, qui par conséquent est plus à la croisée où, dans un ordre social donné, s'articulent les interdits de cet ordre et les transgressions qui en sont complémentaires — avec tout ce que cela suppose de fluidité dans le temps comme dans l'espace de ce qu'il honore, tolère, réprime — il faut bien admettre que le « champ hystérique » soumet la discipline psychiatrique elle-même à l'une de ses plus rudes épreuves. Et, dans l'histoire de la pensée en la matière, le caractère mouvant des cadres conceptuels comme le caractère étonnamment sinueux de leur emploi attesteraient sans doute d'un embarras permanent qui pousse régulièrement à laisser échapper l'essentiel. On aime alors citer le propos d'un des grands de la psychiatrie française, Lasègue, affirmant : « L'hystérie n'a jamais été définie et ne le sera jamais ». On insiste, comme Schneider, sur ses « facettes » qui ne se proposent pas les mêmes aux différents auteurs. On revient à l'irréductible antinomie énoncée par Hartenberg : « Le diagnostic de l'hystérie restera toujours soumis à l'appréciation personnelle de l'observateur. L'un nommera hystérique ce que l'autre

n'estimera pas hystérique. » Mais le champ hystérique demeure pourtant et, s'il en était besoin, la littérature ou le cinéma se chargeraient de le rappeler : d'Aragon et Breton aux *Sorcières de Salem* ou *Moderato Cantabile.*

10.2. Nous essaierons donc ici (1) de faire un peu d'histoire, mais en la centrant sur un moment précis, le tournant de Charcot à Babinski, parce que plus afférant, au fond, à l'histoire de l'hystérie même qu'à l'histoire des idées sur elle ; (2) de sonder ensuite ses frontières évanescentes en examinant le dossier abondant mais incertain des données culturelles et événementielles, dans lequel l'inquiétant profil hystérique transparaît un peu partout, ici et maintenant, ailleurs et hier — et sur une autre toile de fond souvent que celle de la discipline psychiatrique ; (3) de retenir enfin, dans une clinique qui est la dernière à faire encore figure de fourre-tout, quelques nœuds problématiques essentiels.

Un point d'histoire

10.3. Plus de cinquante ans après, la plaque tournante de l'histoire en la matière paraît toujours représentée par les fameux débats de la Société neurologique au début du siècle. C'est le moment où l'hypothèque « neurologique », qui grevait traditionnellement de toute son équivoque l'hystérie, se trouve assez brutalement jetée à terre par l'irréprochable travail de Bakinski. Que tout ait été à la fois éclairci et obscurci, notamment sur le plan du statut psychiatrique, puisque l'hystérie se trouve tendanciellement ramenée à la mythomanie voire à la simulation, et que l'ensemble des vues de Charcot se soit trouvé là injustement anéanti, notamment dans ce qu'elles comportaient de défense et d'illustration de l'hystérie comme « maladie mentale », ce n'est sans doute pas une

affirmation excessive. D'ailleurs l'approche de l'hystérie a retrouvé ensuite, peu à peu, une fois passées les outrances dont ne peuvent que s'assortir de telles révisions déchirantes, une certaine volonté de prudence dans le milieu spécialisé. Celui-ci est en effet peu près d'oublier la cinglante leçon administrée : elle est exemplaire, et elle peut aussi, pourquoi pas, servir en cas de récidive.

Il faut donc d'abord mettre en perspective ce moment.

JUSQU'A CHARCOT

10.4. C'est peut-être superficiellement le règne d'un certain pittoresque ; mais on y voit sourdre peu à peu certaines des conceptions constitutives du bagage moderne.

• Dès la médecine antique, on semble avoir été impressionné par ces manifestations tapageuses et tumultueuses où le débridement paraît déjà sans borne, depuis les convulsions ou contorsions jusqu'aux « boules », suffocations ou délires. Et la conception que l'on s'en fait apparaît aujourd'hui savoureuse, si l'on songe que toutes ces manifestation sont rapportées, l'hystérie étant purement féminine à cette époque, aux mouvements de l'utérus (qui donne dès lors son nom à la maladie : *hustera* = matrice), et quand on lit dans les livres hippocratiques : « L'utérus est un animal sensible, mobile, qui se déplace et se porte dans les diverses régions du corps. C'est surtout chez les femmes qui n'ont pas de rapports sexuels et chez celles d'un certain âge plutôt que chez les jeunes que ces mouvements sont faciles parce que les vaisseaux sont plus vides et que la matrice desséchée est vide aussi et légère ; elle se déplace, se jette sur le foie, organe plein de fluide, pour y trouver de l'humidité, elle y adhère, se porte aux hypochondres, et interceptant la voie respiratoire qui est dans le ventre cause une suffocation subite, suffocation hystérique. » (Cité par H. Bernheim, Bibl. N° 2, p. 6).

• Ultérieurement la théorie utérine s’est dégagée de cette imagination animale ; mais elle reste singulièrement vivace et persiste jusqu’au plein du XIXe siècle où, par exemple, encore en 1845, Landouzy obtient un prix de l’Académie de médecine pour un travail faisant relever l’hystérie d’excitations de l’utérus et de ses annexes. Depuis le XVIIe siècle pourtant la théorie utérine est battue en brêche au profit d’une théorie de l’origine cérébrale de l’hystérie. Timidement avancée par Lepoix d’abord, elle est ensuite assise plus solidement par Sydenham (1681) qui étend au demeurant son domaine, en reconnaissant notamment l’existence d’une hystérie masculine. Pourtant la théorie de l’origine encéphalique ne triomphera qu’à partir de Briquet en 1859.

• Alors s’amorce l’époque moderne de l’hystérie conçue comme ce qu’on nomme à l’époque une « névrose de l’encéphale », c’est-à-dire un ensemble clinique rapportable à un fonctionnement pathologique du système nerveux central. C’est sur ce terrain (à vrai dire ambigu, car il s’agit plus, et pour cause, comme le dit H. Ey, d’un « halo organique » que d’une organicité vraie), que l’œuvre de Charcot pourra apparaître comme un couronnement et une apothéose, d’autant que Briquet, clinicien consommé, avait déjà distingué des phénomènes paroxystiques de l’hystérie un autre ordre de phénomènes plus permanents, interparoxystiques.

DE CHARCOT A BABINSKI

10.5.L’œuvre de Charçot a subi une longue éclipse dont elle commence peut-être à sortir. Pourtant, sur le plan nosographique, le travail avait été considérable pour toutes les manifestations de ce qui était considéré comme une névrose protéiforme et échappant à toute définition. Il est sûr que, mis à part cette espèce de neurologie dynamique sans assise anatomique ou physiologique véritable, dont la

pensée même devient inconcevable après Babinski, il reste des descriptions minutieuses et brillantes. Sans doute peut-on contester chaque élément de l'édifice, aussi bien le modèle de la crise hystérique recomposé depuis la crise épileptique que les prétendus stigmates permanents que la suite a montré n'avoir aucune autonomie. Sans doute peut-on reprocher à Charcot d'avoir manqué de flair aussi bien en matière de neurologie hystérique que de compréhension psychologique de ses malades. Il reste pourtant qu'il a vu dans l'hystérie une « maladie psychique par excellence », qu'il encouragea Janet à la reprendre dans ce plan, et que même l'école de Babinski proclame ce qu'elle lui doit sur le plan psychiatrique.

Ceci étant dit, il reste un élément qui constitue ce qui dans cette affaire paraît être l'aspect le plus pathétique : cela concerne la mythologie neurologique du maître de la Salpêtrière et sa cécité aux mécanismes de contamination. C'est ce qu'on a pu appeler l'« hystérie d'école » (B.J. Logre) ou l'« hystéroculture » (P. Cossa) dans les services psychiatriques, dans les services de médecine même, enfin dans l'expression et la surenchère cliniques de l'hystérie. Ce qu'on rapporte dans les livres d'époque à cet égard est proprement stupéfiant. Ici, dans une observation de Charcot lui-même, c'est un « état de mal » hystérique, qui, pendant rien moins que deux mois, se détaille à la cadence quotidienne de 150 à 200 attaques entre 9 heures du matin et 8 heures du soir. Là, dans une observation de Legrand du Saulle cette fois, c'est une jeune fille de 17 ans qui présente 21 700 attaques de forme épileptoïde plus localisée en 26 jours (chiffres cités par H. Bernheim. Bibl. N° 2, p. 24-25). S'il était besoin d'une preuve que la « culture » ait été là déterminante, cela seul suffirait à en témoigner. D'ailleurs, et corollairement, on peut se référer à ce qu'écrit, quelque trente ans plus tard, avec une singulière autorité, P. Chaslin, médecin à son tour à la Salpêtrière et peu suspect de complaisance à l'égard de

Babinski : « On ne voit presque plus d'hystériques. Dans mon service à la Salpêtrière, je n'en reçois plus ; il n'y en a plus, et les anciennes hystériques, qualifiées telles, sont seulement des débiles, des arriérées, des instables, voire des épileptiques vraies qui avaient eu aussi des attaques mais qui n'ont plus aucune des manifestations qui florissaient si aisément du temps de Charcot, et même un peu après lui... C'est pourquoi je n'ai pu, contrairement aux principes qui ont inspiré la rédaction de ce livre, donner d'observations actuelles, personnelles, et ai-je écrit ce chapitre d'une toute autre façon que les autres, sous la forme historique. Je ne puis donner une opinion ferme sur l'hystérie, parce que les matériaux me font défaut. » (Bibl. N° 3, p. 612).

10.6. Quel a donc été, entre temps, le travail propre de Babinski ? Apparemment, un travail de fourmi, considéré trop rapidement comme étant de règle dans la spécialisation neurologique. En fait, la découverte patiente, mais géniale parce qu'elle lui revient en presque totalité, des signes cliniques objectifs permettant d'affirmer, comme le rappelait récemment H. Baruk, la « localisation » lésionnelle dans le système nerveux central. Ces signes sont d'une organicité authentique par conséquent et les « hystériques », Babinski s'y attardait longuement, ne les présentent jamais.

Evidemment, tout l'édifice de la névrose d'encéphale s'effondrait. Mais, en même temps, comme le rappelle encore H. Baruk, un « redoutable malentendu » s'amorçait. Preuves à l'appui, sans contestation possible, quant au caractère non lésionnel des manifestations prétendûment neurologiques de l'hystérie, Babinski démontrait de surcroît, avec une efficacité souvent (pas toujours !) sidérante, l'extrême labilité de ces manifestations : elles s'avéraient suggestibles tant dans leur production que dans leur effacement. Il établissait donc la part grandiose de la

supercherie et de l'enrichissement des tableaux cliniques, notamment de par l'éducation, de par le « dressage » médical du sujet. D'autre part, reprenant ce « rôle prépondérant de la suggestion » déjà proposé par Bernheim, il mettait en évidence l'importance de l'autosuggestion chez ces malades pour en venir à une attaque frontale contre le concept même d'hystérie, auquel il proposait de substituer comme plus correct celui de *pithiatisme,* c'est à dire en faisant ainsi de la « guérison par persuasion » qu'étymologiquement il définit l'essence de la vieille hystérie (en grec, *p(e) ito* signifie « persuasion »). Enfin, il poussait le côté systématique de sa réaction jusqu'à reconstituer la confusion et l'inflation qu'il avait trouvées dans ce domaine en évoquant, de façon plus ou moins heureuse mais en tout cas assez régulièremeut incomprise, des mécanismes de simulation « inconsciente » ou « subconsciente » comme sous-jacents à cette autosuggestion et à cette suggestion.

APRÈS BABINSKI

10.7. Le grand mot était donc jeté : *simulation.* Ce mot eut tendance à être pris assez massivement, il faut le reconnaître, au pied de la lettre, en dépit de résistances pourtant marquantes et acharnées. Car, la stupeur des controverses passée, il s'avérait, avec la force dont témoignent les lignes déjà citées de P.Chaslin, qu'à la suite du nouveau cours d'idées, le tapage hystérique cessait — et pas seulement dans ce qu'il pouvait comporter de surchargé ou de mimétique. Qu'on puisse faire grief à l'époque, satisfaite ou perplexe de l'« efficacité » de son attitude répressive, de n'avoir guère songé à sonder quelle carrière l'hystérie pouvait bien dès lors poursuivre en une clandestinité assez subite, ou de s'être contentée trop facilement d'une définition restrictive par le pithiatisme qui dit surtout, comme l'écrit H. Ey, « ce que l'hystérie n'est

pas », cela s'éclaire pourtant. Ne pas céder à la méfiance générale à l'égard de l'hystérique, devenu brutalement, quoi qu'on en ait, plus suspect que malade, plus mystificateur que mystifié, n'était-ce pas faire quelque peu figure, dès lors un peu ridicule, de contestateur vis-à-vis de l'autorité écrasante de Babinski ? N'était-ce pas au surplus prendre le pas d'un retour en arrière, à l'œuvre démanteléé de Charcot ? En tout cas, l'impact dut être considérable puisque, quelques dizaines d'années plus tard, cet extrémisme reste vivace chez certains, quoique l'étau se soit sensiblement desseré. C'est ainsi que la redoutable équation hystérie = simulation conserve des partisans aux convictions sans nuances, tels J. Boisseau encore assez récemment (1949 et 1950).

Quoi qu'il en soit, il faut quand même porter au crédit de Babinski d'avoir, en chassant sans retour l'hystérie de la médecine, contribué à créer les conditions pour que l'étude de la « grande simulatrice » soit reprise du côté de sa psychologie. Ce recentrement fut décisif. Après quelques années de latence, on va reprendre ce qu'on nomme alors l'« état mental » de l'hystérique aux carences mêmes des définitions à l'emporte-pièce de Babinski, en somme aussi dans ces zones pressenties mais laissées en friche par Charcot. Significativement d'ailleurs restent conjointement attachés à cette étude des noms d'appartenance diamétralement opposée : celui de Janet qui se réclame toujours de Charcot et pas seulement dans la lettre, comme celui de Logre, dont la référence ouverte va à Babinski.

10.8. Le travail de P. Janet (1914) passe par une critique minutieuse de tous les concepts de Babinski, suggestion, auto-suggestion, pithiatisme : ombre pour la proie, périphérie accidentelle et contingente, en l'absence d'une étude concrète et analytique d'un noyau, à reconnaître comme tel, de la personnalité porteuse de ce potentiel explosif et excessif. Sans doute, P. Janet insère-t-il ensuite

sa propre description dans une conception dynamiste qu'on s'accorde aujourd'hui à dire académique — en même temps qu'il restitue l'entité névrotique hystérique selon un statut traditionnel. Pourtant le talent doublement clinique et psychologique de cet auteur laisse, les stigmates de Charcot ayant « fait faillite » comme il l'écrit, un cadre de « stigmates mentaux » d'emploi probablement toujours actuel — et dont nous retrouverons la problématique au chapitre clinique (10,21 et suiv.).

10.9. Le cheminement de B.J. Logre (1921) procède par contre du pithiatisme agréé sans restriction, mais avec l'intention délibérée de lui apporter « une confirmation et un complément psychiatriques » négligés en milieu neurologique. La référence de l'auteur bifurque alors, en précisant une réflexion déjà soutenue, sur le thème évocateur hystérie et simulation, en 1912 avec E. Dupré, pour rapporter la « psychoplasticité », la « mythomanie des syndromes », la « mythoplastie » hystériques à la pathologie de l'imagination. Malgré ce que ces conceptions peuvent avoir aujourd'hui de désuet, au moins communément, l'analyse de l'« état mental » n'en reste pas moins minutieuse. Elle enveloppe, notamment l'ordre du théâtral et du factice, et possède donc un certain relief : il est donc toujours possible de s'y référer lorsque la clinique soulève la question de la personnalité hystérique.

10.10. On serait tenté, ensuite, de faire, en cette affaire, le diagnostic d'une éclipse en invoquant le raz de marée soulevé par les idées de Freud. On connaît par sa correspondance les relations que Freud entretint avec Charcot durant son séjour à la Salpêtrière en 1885-1886 comme ce qu'il put prendre de Bernheim en 1889 à Nancy. On sait ce que doivent les intuitions de Freud qui sont à la base de la psychanalyse à l'hystérie, à laquelle il consacra un livre en 1895, produit d'un travail qui avait commencé

avec Breuer, en 1892. Et ce furent les premiers grands espoirs comme les premières déceptions de Freud, ses observations majeures autant que certaines épreuves personnelles qui s'investirent dans ce champ ou qui en surgirent. Pourtant il faut ici prendre garde de ne pas verser dans une vision en noir et blanc de ce qui s'est historiquement passé. D'une part, l'implantation des idées freudiennes, elles-mêmes évolutives à l'intérieur du développement d'un mouvement qui engage rien moins que l'ensemble du problème psychopathologique, ne s'est faite qu'au long d'une lente sédimentation. D'autre part, si le prestige de la nouvelle dimension peu à peu instituée a fini par éclipser tout ce qui l'a précédé ou accompagné, il s'en faut que leur patient défrichement n'ait pris que pâleur au regard de ce qui n'a jamais été pur et simple alignement. Le point d'histoire ici envisagé ne ressortit donc que fort lointainement de la contribution de Freud et de ses élèves, ce qui n'ôte certainement rien à l'importance de ses apports, notamment en matière de sexualité interdite et fantasmatique, de science des rêves et de fonction symbolique (10,26). [Nous retrouverons le problème de la conversion somatique découvert par Freud au chapitre clinique (10,22).]

Incertitudes du champ hystérique

10.11. Envisager de cerner le champ hystérique par ses frontières serait évidemment s'aventurer en sables des plus mouvants. Aussi bien, nous nous bornerons là à un rappel de faits dont le dossier reste assez impressionnant sous tant de vues partielles, de restrictions mentales, de décalages rassurants dont s'assortit souvent la présentation de ses éléments. Sans doute peut-on préciser d'entrée que les données de ce chapitre s'imbriquent ou s'emboîtent mal les unes avec les autres, tout en

rehaussant de ce fait même l'éclat hystérique dans ce qu'il a de consubstantiellement inquiétant.

A LA CHARNIÈRE DU CULTUREL

10.12. Il n'est pas sans intérêt de noter que, si l'hystérie clinique reste dominée par une controverse sans merci, les faits dits d'« hystérie collective » empruntés à l'histoire de notre propre civilisation prêtent peu à débat. Or si ces épidémies convulsionnaires n'ont guère trouvé d'historiographie psychiatrique, elles laissent pourtant entrevoir un champ largement évocateur par tout ce qu'il engage de contagion ou de mimétisme, de suggestion et de scénisme. Il y a donc là une première lacune à enregistrer dans une époque où sans doute on ne fait que commencer à adopter cette défiance vis-à-vis de l'« attitude biopsique » en psychiatrie dénoncée par Y. Pelicier en ce qu'elle prélève et isole les faits sans tenir compte du contexte et donc de l'histoire de ce contexte. Car les publications nous disent qu'ici ou là, parfois, nos temps modernes connaissent encore les homologues de ces manifestations prudemment abandonnées à l'écrin des vieux livres.

Quoi qu'il en soit, nous relaterons ici brièvement deux affaires de convulsionnaires parmi les plus connues en France, leurs traits de parenté et leurs différences à un siècle de distance contribuant à définir un passé à cette articulation de l'hystérique au culturel dont nous faisons ici notre objet premier à sonder.

L'affaire des « Ursulines de Loudun » au XVII^{e}siècle

10.13. Un personnage central, haut en couleurs, bel esprit, probablement libertin, éloquent jusqu'à la violence, très protégé mais très contesté : Urbain

Grandier, curé d'une des paroisses de la petite ville. Son passé n'est pas sans défauts : inculpé de libertinage, son acquittement paraît surtout avoir tenu aux énormités dont

la procédure d'époque était coutumière. Quoi qu'il en soit, il revient à Loudun, blanchi sans doute, mais plus provocant et plus honni que jamais.

Quelque temps après, le couvent des Ursulines de la ville entre tout doucement en transes : il se met à courir des histoires de somnambulisme et de revenants qui défraient la chronique, l'autorité ecclésiastique s'inquiète et inquiète le couvent, la possession diabolique est affirmée, les exorcismes commencent. Et les convulsions apparaissent. Urbain Grandier s'émeut, demande une intervention plus énergique qui lui est accordée et en quelques mois les choses se tassent.

Mais tout repart de plus belle quelques autres mois après dans des conditions infiniment moins favorables à Urbain Grandier. Cette fois les manifestations convulsionnaires dépassent largement les murs du couvent. Et les « possédées », qui trouvent un écho chez les enquêteurs, mettent unanimement en cause le curé discuté, renchérissant hystériquement en sa présence. Grandier monte au bûcher en 1634 pour « crime de magie, maléfices et possessions » tandis que manifestations spectaculaires et exorcismes de culture se poursuivent quelques années durant.

L'affaire des « convulsionnaires de Saint-Médard » au XVIIIe siècle

10.14. A cette époque, sous la Régence, on ne brûle sans doute plus aussi légèrement. Pourtant le scénario reste dans l'ensemble le même, encore que de « signification » radicalement inverse sur toile de fond de la lutte des Jésuites et de Port-Royal. Même présence d'un personnage central : un fervent janséniste, un « bien-heureux », le diacre Paris, de sainte réputation pour sa vie toute d'humilité, de dénuement et d'intransigeance. Il meurt en 1727 et est enterré au cimetière de Saint-Médard. On s'y

presse ce jour, les « guérisons miraculeuses » s'amorcent et se poursuivent les jours suivants. La rumeur publique s'empare de la chose, sa tombe devient lieu de pèlerinage.

Puis, sans que l'on sache comment, l'affaire prend un virage plus singulier à l'évidente occasion du halo conjoint de sainteté et de miracle dont s'affecte ainsi le cimetière : un premier convulsionnaire apparaît et, très vite, comme le dit J. Hamon, « il faut convulsionner pour être guéri », les convulsions cette fois n'attestant plus de la présence du diable mais de celle de Dieu. Quoi qu'il en soit, c'est dès lors la surenchère jusqu'à l'inconvenance : on emploiera tout pour « convulsionner », du jeûne aux mortifications, voire aux tortures. Par ailleurs l'épidémie déborde le cimetière pour envahir les rues avoisinantes. Tant et si bien que les autorités s'émeuvent et que le cimetière est fermé par ordonnance royale en 1732.

Qu'à cela ne tienne, les choses se poursuivent de plus belle. Les candidats convulsionnaires se réunissent dans les maisons voisines et le théâtre collectif s'enrichit dans et de cette clandestinité : mimes, prophétisme, etc. A ce point qu'une nouvelle ordonnance intervient l'année suivante pour interdire de se prêter à « concours ou assemblée », fût-ce dans le huis clos privé, pour tout ce qui est de se « donner en spectacle en public ». Il faudra pourtant encore une trentaine d'années pour que tout cela s'éteigne complètement.

10.15. De tels faits, qui font graviter manifestement l'« hystérie collective » dans l'orbite inquiétante du sacré et de sa transgression, ont crucialement manqué aux ethnologues et aux psychiatres pour leur observation ; et il s'avère, dans ces conditions, qu'ils sont désamorcés dans une rétrospective où le recours à des témoignages non contrôlables et la référence à des analyses non scientifiques contraignent les chercheurs à être primordialement prudents. Cependant les faits, malgré ces

réserves, posent la question de l'articulation de l'hystérique avec le culturel. Est-ce que des faits contemporains ne jetteraient pas un peu plus de lumière sur ce que notre passé de civilisation livre ainsi à notre perplexité ? Des données existent effectivement sur ce sujet dans le dossier de ce qui commence à s'établir sous le vocable de « psychiatrie transculturelle ». Il s'agit de l'articulation, directement étudiée cette fois, de l'hystérie avec les transes de possession en certaines civilisations dites primitives. Nous envisagerons donc l'état actuel de la discussion, puisqu'elle enveloppe cet ordre présent de données de façon à vrai dire inséparable.

Le débat n'est pas nouveau ; il a d'ailleurs été largement introduit autour du *culturalisme* avec M. Mead et A. Kardiner notamment. Pourtant, il semble que ce ne soit qu'assez récemment qu'un relais proprement psychiatrique ait été pris dans ce domaine, si l'on s'en tient aux bibliographies usuelles. Plutôt que de reprendre une fois de plus les considérations traditionnelles sur l'amok des Malais, le latah japonais ou le piblotok du Groendland, il paraît plus intéressant d'examiner la manière dont, plus récemment, le problème se centre, encore que très sporadiquement, sur des faits individuels ou collectifs de possession repris dans leur patent questionnement de l'hystérie.

• M. Despinoy et ses collaborateurs (1957) relèvent d'abord la fréquence, encore que considérablement décroissante, des manifestations hystériques en Martinique. Mais ils en soulignent aussitôt le rapport quasi régulier avec une expérience « surnaturelle », accusée par les malades dans un univers culturel assez précis où la religion catholique s'accommode de survivances africaines en matière de croyance mais aussi d'empire des « esprits ». Le problème est donc posé par eux d'un rapport direct entre ce qu'ils nomment « manifestations hystériques et superstitions religieuses ». Et ils croient pouvoir éclairer la

chose en se rapportant au très voisin Vaudou haïtien dont le culte cherche délibérément cette fois l’état de possession. Car il y a, pour ces auteurs, « parfaite similitude entre cette transe et la grande hystérie » : de telle sorte que, dès lors, dans la lumière de ces faits rapprochés, il convient de deserrer le carcan qui rive le plus communément en occident hystérie et psychiatrie, de « réviser », comme ils disent, « l’équation : : accidents hystériformes = indice d’une névrose » : car, pour être « refusé », au moins « dans ses formes les plus spectaculaires », en l’état présent dans notre civilisation, le « comportement expressionnel » peut être, au sens strict, en droit de franchir ailleurs largement, chez l’homme le plus normal, ce seuil, arbitrairement fixé par notre censure.

• H. Colomb et ses collaborateurs (1965) qui rappellent d’abord l’équation hystérique pure et simple dont furent le plus souvent victimes les crises de possession collective, ici ou là, d’Haïti à Bahia, ou en Afrique, enregistrent eux aussi la facilité d’expression « hystérique » en milieu sénégalais. Mais s’ils passent également ensuite au rapprochement avec la crise collective et rituelle de possession, c’est pour souligner les différences avec l’hystérie. A la vérité, et en contraste avec les auteurs précédents, ils concèdent entièrement au modèle freudien occidental de la névrose pour refuser là ce qu’ils appellent un « diagnostic » démenti et même interdit, selon eux, dans ce rigoureux « univers de possession ritualisée ». En somme, tout en retenant comme les auteurs précédents, la prégnance du milieu socio-culturel, ils récusent le droit même à l’examen des frontières d’un champ dont l’universalité « psychiatrique » porte pourtant la marque étroite d’occident.

• G. Benoit (1964) évoque également la problématique hystérique, mais à l’occasion d’un examen méthodologique plus général de la psychiatrie transculturelle. Il note certes que « l’hystérie est un cadre assez vaste pour uniformiser

toutes les manifestations mentales originales » et qu'on peut effectivement en rapprocher, « rapidement », les manifestations de possession. Mais il insiste pourtant surtout sur le fait qu'au regard de données encore largement insuffisantes et, au demeurant, aussi bien mouvantes d'un point du globe à un autre que rapidement changeantes en un même point, c'est un verdict de relativisation de la discipline psychiatrique qui se dégage le plus nettement. « Notre sémiologie, notre nosographie, nos tests, écrit-il, sont tous fonction d'un certain type de culture. » Et même s'il paraît en passe de généralisation, il ne saurait prétendre, avant d'en connaître plus avant sur d'autres qu'il tend à recouvrir, à une universalité de surcroît contestée par la spatiale et temporelle « variabilité des frontières du normal et de l'anormal » que surprend, dans son évidence, une psychiatrie que l'exotisme ne satisfait plus.

A LA CHARNIÈRE DE L'ÉVÉNEMENTIEL ET DU TRAUMATIQUE

10.16. Si, d'un côté, dans l'histoire d'une société, l'état de guerre est l'événementiel par excellence, et si, d'un autre côté, le traumatisme crânien représente le cas limite mais patent dans le domaine du traumatique, si, enfin, ces deux côtés se rejoignent comme c'est le cas dans une efflorescence marquée de troubles névropathiques souvent évocateurs d'hystérie, le rapprochement n'est pas ici un pur artifice. Cela est d'autant plus vrai que la psychiatrie de guerre, riche, bien sûr, en observations de traumatismes crâniens, débouche, tout à fait à l'instar de la psychiatrie traumatique du temps de paix, sur des notions de traumatisme et de traumatisation beaucoup moins focalisées que ce qu'on en pourrait croire en première approximation. De prime abord donc, on peut s'attendre à trouver ici, aux confins mal délimitables de l'événement et

du traumatisme, et pour autant qu'un visage hystérique non moins inquiétant s'y profile dans des conditions pourtant assez radicalement différentes, un nouvel éclairage pour la définition d'un terrain (oh ! combien) mouvant. Sans doute, les données vont-elles faire apparaître, dans cette autre articulation, de nouvelles incertitudes ; mais que l'embarras, là comme précédemment, reste grand, souligne leur intérêt plus qu'il ne leur en ôte.

10.17. La nosographie militaire recouvre mal cette psychiatrie universelle que commence à contester sérieusement, semble-t-il, par ailleurs, la psychiatrie transculturelle. Par exemple, la psychiatrie de guerre fait appel à des cadres comme ceux de la *névrose d'effroi, d'état anxieux* ou de *réaction panique* pour désigner ces effondrements aigus qui ressortissent de l'extrême tension nerveuse des combats. Si cette pathologie émotionnelle semble se démarquer assez nettement le plus souvent de l'hystérie, il ne paraît pas toujours en être de même des accidents tardifs où, entre la situation *du front* et l'apparition *du trouble,* s'intercale une période de latence. Ces accidents, nosographiquement, recoupent alors les cadres de la *réaction hystérique* ou de l'*état neurasthénique,* parfois d'ailleurs rapportés, et nous reviendrons sur ce débat, à la « névrose traumatique ». Mais ouvrons d'abord ce dossier sous l'angle statistique. En effet, les données chiffrées sont écrasantes, ce dont atteste éminemment la statistique (seule à avoir été étudiée aussi systématiquement) de la morbidité mentale dans l'armée américaine durant la Seconde Guerre mondiale.

(1) Quinze millions d'hommes ont été examinés avant incorporation par le *Selective Service,* dont 37 % ont été éliminés d'emblée pour inaptitude au service armé tenant à anomalies mentales.

(2) Or, malgré cette élimination préalable de massiveté sans précédent, sur près de douze millions d'hommes mobilisés, l'admission psychiatrique en a touché rien moins que 850 000.

(3) Enfin, sur ces 850 000 admissions en service psychiatrique, le décompte nosographique se solde, dans 60 % des cas, par le diagnostic affirmé de « psychonévrose », selon la terminologie plus affectionnée aux U.S.A. que celle de névrose. Ce qui représente à peu près le double relativement à la structure des admissions dans les hôpitaux civils en temps de paix : ce qui, aussi, et soit dit en passant, donne à penser, vu l'élimination de masse au départ, quant aux considérations, souvent si péremptoires, sur la « prédisposition » constitutionnelle ou génétique prétendument déterminante, voire exclusive, dans le développement de la « psychonévrose » (Chiffres de l'auteur américain W.C. Menninger cités par J. Hamon et J.V. Paraire. Bibl. N° 12).

Il est regrettable que le décompte américain en pourcentage ne donne pas de précisions plus avant. Toutefois, des données plus fragmentaires se réfèrent à l'hystérie comme venant au second ou troisième rang dans cette gamme psycho-névrotique, derrière les états neurasthéniques régulièrement ; ou encore, états neurasthéniques et hystériques derrière les états aigus selon que les structures recensées desservent, soit le tout-venant, soit plus particulièrement des unités combattantes (données italiennes et américaines citées par T. Lemperière et collaborateurs. Bibl. N° 13, pp. 101-102).

La morbidité hystérique du temps de guerre s'établit en tout cas à un niveau notoirement plus élevé que celui du temps de paix dans les hôpitaux militaires puisque, si les données encore une fois fragmentaires référées la situent autour de 25 % de la morbidité névrotique totale du temps de guerre, ce chiffre tombe à 15 % dans les statistiques de l'armée française (armée de terre) pour l'année 1963 : les

psychiatres militaires de Marseille donnant des chiffres encore nettement plus bas pour l'année 1964 et le tout-venant qui les concerne. Cette constatation d'ordre statistique n'est pas modifiée au demeurant par le déplacement de l'hystérique, qui est unanimement marqué par les auteurs de tous pays, depuis la sphère de la vie de relation jusqu'à la sphère viscérale, au cours de la Seconde Guerre mondiale par rapport aux observations cliniques du conflit de 1914.

10.18. Est-on autorisé dès lors à affirmer l'existence d'une relation causale univoque liant à la seule traumatisation événementielle propre à la situation de guerre le déclenchement de la réactivité hystérique ? Manifestement les psychiatres militaires y répugnent. Certains auteurs comme J. Hamon et J.V. Paraire paraissent se satisfaire là rapidement du type d'explication suivant : « Tout conduit à considérer le milieu militaire comme singulièrement révélateur de toutes les tares psychiques ». Cependant ces mêmes auteurs conviennent que « le nombre des névroses paraît avoir augmenté notablement du fait de la guerre ». D'autant que des faits, tels ceux que rapportent les psychiatres anglais W. Sargant et E. Slater sur l'effondrement névrotique y compris hystérique qui apparaît de règle dans les situations extrêmes et prolongées, contraignent à pondérer. Mais il semble plutôt que l'on soit alors invité à serrer de plus près notions et réalités de traumatisation ou d'événement, et à avancer des opinions plus nuancées, comme par exemple celles d'autres psychiatres du Val-de-Grâce, L. Crocq et ses collaborateurs, qui écrivent, en 1965, à l'occasion d'observations hystériques sur traumatisation psychologique caractérisée : « Que la liberté de l'événement ne soit pas totale, cela est certain. Mais que la réalité de la personnalité antérieure ne soit pas définitive ni inéluctable, qu'elle comporte des passés possibles au même titre qu'elle appréhende des

futurs possibles, c'est une nuance qu'il convient d'admettre en matière de psychogenèse » (Bibl. N° 14, p. 339).

10.19. Le problème de l'hystérie de guerre jusqu'ici statistique paraît rebondir, en quelque sorte nécessairement, pour être éventuellement élucidé plus avant en se fondant sur un recentrage plus individuel vers la *névrose traumatique.* Celle-ci avait déjà été cernée par Charcot (1885) sous la notion significative d'« hystéro-traumatisme » ; mais elle a été retenue selon un intitulé plus large depuis H. Oppenheim. Les frontières nosographiques en restent actuellement hésitantes entre une acception restrictive, limitée aux suites névrotiques des seuls traumatismes crâniens, et une acception élargie qui ne confère à ceux-ci aucune place autonome ni même spéciale entre d'autres traumatisations possibles notamment psychologiques. Il n'en reste pas moins que, même dans son cadre restrictif, le plus communément agréé en France d'ailleurs, la névrose traumatique propose un matériel clinique souvent assez franchement neurasthénique ou hystérique, dans les suites donc du traumatisme évocateur. Ceci n'offre sur le plan clinique rien de bien spécifique, mais retient toute l'attention des auteurs sur le plan étiologique et d'autant que, encore une fois, ils se sont attachés en France, à limiter le cadre à l'« organique » du trauma crânien. Il est donc du plus haut intérêt d'examiner comment là ils « médiatisent » la problématique soulevée. C'est ainsi qu'on peut lire sous la plume de H. Hécaen et J. De Ajuriaguerra (1954) : « Comme la crise névropathique, la névrose post-traumatique n'est ni un simple phénomène de régression affective, ni un simple phénomène de revendication généralisée. Elle ne se place ni dans le seul plan de l'évolution de l'individu, ni dans le seul plan social. On peut toujours la considérer d'un double point de vue : soit comme mode expressionnel, soit comme démonstration »

(Bibl. N° 15, p. 93). Ce point de vue est extrêmement nuancé en matière de causalité. Il est à retenir sans doute spécialement pour ce qui concerne ici la frange hystérique. Il sera complété, dix ans plus tard, par R. Angelergues et M. Audisio (1964) en des termes qui relèvent d'une ligne rigoureusement identique : « De toute façon, en dehors du traumatisme, il y a l'expérience psychologique que représente cet événement ; c'est en ce sens qu'une névrose post-traumatique crânienne est assimilable à une névrose traumatique au sens psychogénétique habituel. » (Bibl. N° 16.) En somme, ce que ces faits paraissent attester de plus probant pour ceux qui les ont le plus sérieusement étudiés, c'est qu'ils déroutent singulièrement la pente usuelle du raisonnement causal — et au lieu même où cette « causalité » pourtant apparaît de prime abord comme la plus circonscrite.

10.20. Mais l'examen d'ensemble de cette seconde charnière nous a-t-il fait dévier tellement du propos fixé en tête de ce chapitre ? Ou ne dessine-t-il pas plutôt, au croisement des statistiques de la psychiatrie de guerre et des observations de la traumatologie crânienne, mais aussi dans le décalage retenu comme patent de la manifestation névrotique à la causalité événementielle et traumatique, le plan d'une « expressivité » hystérique de potentialités, que l'on peut au fond rapporter, toutes proportions gardées, à celles que rehaussent les données socio-culturelles ? On peut pousser le parallèle : ici, possibilité d'apparition relativement à des circonstances conjointement cataclysmiques et bouchées, quand la norme de ce qui est humainement soutenable est levée ; là, possibilité d'apparition relativement à des conditions où d'autres normes, celles de la réprimante quotidienneté, se trouvent assez similairement levées à l'occasion du plein du rite ou du creux de la transgression.

Conclurons-nous dès lors en revenant purement et simplement, face à cet hystérique décidément ubiquitaire, à telle ou telle équation que toutes les données de ce chapitre tendent à récuser ? Rien n'y force assurément, car le problème se ramène aussi à des termes qui furent cernés à la vérité de fort près dans un débat récent (1965). En fin d'une discussion préalablement chauffée à blanc, à L. Fouks qui y faisait état d'une expérience, datée de 1942, où avait éclaté sous ses yeux une « épidémie de réactions hystériques » dans une collectivité israélite destinée aux crématoires nazis, Minkowski rétorquait, non sans sécheresse : « Pour ma part, je pense que nos diagnostics psychiatriques s'arrêtent à la porte de pareilles circonstances, cela d'autant plus que le terme « hystérique » comporte qu'on le veuille ou non une nuance péjorative » (Bibl. N° 17, p. 459). Certainement en l'état présent ! Mais il faut faire ici des réserves sur deux implications qui restent à confirmer : c'est, d'une part, que le domaine hystérique continue indéfiniment à s'apparier au fourre-tout psychiatrique ; c'est, d'autre part, que son ambiguïté essentielle poursuive corollairement sa carrière de réprobation en milieu de culture où le plat bon sens n'est communément relayé que par un cartésianisme fort sommaire.

Quelques nœuds cliniques

10.21. Trois incidences nous paraissent ici fondées pour essayer de sonder un domaine clinique, au demeurant trop « protéiforme » (Sydenham) pour permettre un inventaire complet : (1) dans la sphère appelée depuis Freud de la *conversion somatique*[2], le problème très individualisé des crises ; (2) la question de la personne vers laquelle convergent d'une manière ou d'une autre les conceptions

qu'impose cliniquement l'insolite éclatement de l'accident hystérique ; (3) le renvoi en dernière instance à une excentricité proprement dramatique par laquelle se soldent, dans le champ hystérique, les incomplétudes de la problématique de la personne.

LES ATTAQUES HYSTÉRIQUES

10.22. Certes, les attaques n'épuisent pas, ni même peut-être ne dominent, la conversion somatique hystérique dont la variété est telle que « tous les horizons de la médecine » (A. Lauras) s'y trouvent engagés. Et, dans cette interminable nomenclature, il faut reconnaître que la part la plus notoire, que constituent par exemple les syndromes pseudo-neurologiques durables (paralysies, anesthésies, astasie-abasie, etc...) ou, plus récemment, les manifestations viscérales (spasmes, algies, troubles trophiques, etc...) font, en fréquence, une concurrence des plus sérieuses aux paroxysmes. Toutefois, même sur ce seul plan quantitatif, ce qu'on a de plus en plus tendance à appeler *l'hystérie de conversion* reste la « maladie des attaques » (Rosolato). Et, de cette place de choix, témoignent éminemment, encore que selon de notables divergences dans les pourcentages, les données chiffrées de deux statistiques établies à une vingtaine d'années de distance : la statistique française de T. Lemperière, portant sur 78 malades de sexe féminin suivis de 1956 à 1965 et chiffrant les crises à 55 % des cas (38 % aux astasies-abasies, 35 % aux paralysies, 14 % aux anesthésies) ; la statistique suédoise de L. Ljungberg portant sur 246 malades de sexe féminin suivis de 1931 à 1945 et chiffrant les crises à 41 % des cas (67 %, aux astasies-abasies, mais seulement 11 % aux paralysies et 8 % aux anesthésies) [chiffres cités par T. Lemperière et coll. ; Bibl. N° 13, p. 119]. Ainsi, les attaques restent le pivot de l'expressivité hystérique, quelles que soient l'ampleur et la subtilité du

déplacement vers la sphère viscérale qui est assez unanimement admis mais qui se prête mal à l'observation statistique. En ce domaine, plutôt que de tenter un découpage dans le spectre critique d'aujourd'hui où tout reste largement en interférence dans le dégradé et le camouflage mêmes de « formes mineures » certainement les plus fréquentes, nous proposerons un exposé selon ce qui nous paraît rester la double polarité critique du champ hystérique, l'une et l'autre s'éclairant réciproquement.

Les attaques pantomimiques

10.23. Il est d'usage, voire de rigueur (mais assez régulièrement à la façon d'un pensum) d'évoquer d'abord dans ce cadre la grande attaque motrice *(hysteria major)* de l'hystérie dite de la Salpêtrière, à la plus haute période de sa culture et dans la description systématique de Charcot et Richer ; mais c'est à la façon aussi d'une curiosité assez anecdotique, de par son actuelle rareté. Cette attitude nous paraît sujette à caution pour plusieurs raisons. D'une part, parce que la description classique, qui n'était dans l'esprit même de ses auteurs que la somme idéale de tout le désordre critique hystérique, continue sans doute à se proposer comme un cadre de référence précis pour tout ce qui, plus souvent qu'on ne veut l'accorder, continue aujourd'hui, « mineur » ou non, à graviter là cliniquement. D'autre part, parce que la systématisation classique enveloppe, en les rapprochant et en les mettant en rapport sur le plan d'une certaine dynamique, toute une série d'éléments d'observation relativement auxquels la sémiologie critique contemporaine peut toujours être rapportée — ne serait-ce que pour s'établir sûrement dans ce qu'elle a là de plus fragmentaire ou de dérivé, voire même de différentiel ou d'oppositionnel. Enfin, parce qu'on peut se demander ce que serait l'actuelle « lecture » hystérique de la fluide clinique

abortive dans la banale crise de nerfs, sans la référence au cas limite de l'attaque pantomimique, avec tout ce qu'il accuse, dans son exposition classique, de ce dont celle-là, aussi bien, est incomplet ou pâle décalque. C'est donc selon cette triple arrière-pensée que nous évoquerons la grande attaque de Charcot et Richer dans son parcours en six périodes, sans oublier les restrictions qu'impose l'observation contemporaine, moins exposée aux conséquences du dressage ou aux illusions de la surcharge.

Prodromes

Ils se produisent plusieurs heures ou plusieurs journées avant l'éclat. Ils peuvent être du type changement d'humeur dans le registre de la rumination taciturne ou au contraire du côté de l'énervement ; ou encore sentiment de malaise plus vague, non sans anxiété, sensations vertigineuses, maux de tête, « état de tension motrice » (Ajuriaguerra). Ils peuvent être de type franchement psychosomatique avec notamment des troubles fonctionnels dans la sphère digestive et respiratoire : borborygmes itératifs, toux spasmodique, aboiement, « boule » qui déjà monte à la gorge, difficultés accusées à déglutir, à respirer. Ils peuvent déjà appartenir à un ordre pseudo-psychiatrique ou pseudo-neurologique plus net avec, par exemple, troubles de la sensibilité de type hyperesthésique voire anesthésique, développements d'allure hallucinatoire ou délirante de prime abord, mais insolites tant dans leur mode d'apparition que dans leur structure.

Aura

Elle apparaît immédiatement avant la suspecte « perte de connaissance ». Avec classiquement le fameux déplacement de la « boule », de son point de départ de douleur ovarienne à la constriction en « globe » au creux

épigastrique, puis irradiation derrière le sternum pour s’achever dans la chute, après suffocation ou strangulation et en cortège psycho-sensoriel plus ou moins riche de sifflements ou bourdonnements aux oreilles, de coups de marteaux aux tempes, de perturbations diverses de la vision.

Période épileptoïde

S’il est classique de rappeler que cette période de l’attaque est susceptible de simuler « à s’y méprendre » (Rosolato) la crise comitiale, encore qu’en règle générale le déroulement y soit de notablement moindre rigueur — raidissements plus fragmentaires et plus spectaculaires dans la phase tonique, secousses plus désordonnées dans la phase clonique — il est sans doute plus moderne et plus conforme d’insister, comme le fait excellemment A. Lauras, sur la chute qui ouvre cette phase convulsive : « Puis c’est la chute, mais ce n’est pas la chute brutale de l’épilepsie. Le malade qui était généralement assis tombe sur le côté sans lourdeur, d’un mouvement presque décomposé, touchant le sol successivement du genou, de la hanche, puis de l’épaule. S’il est accoté à une table, il s’écroule sur elle. S’il tombe en avant, sa chute est presque toujours limitée. Son tronc seul s’effondre, et il reste généralement assis, penché en avant. De toute façon, il est exceptionnel qu’il se blesse en tombant. » (Bibl. N° 19, p. 1-443).

Période des contorsions

La distinction faite par Charcot, dans cette période dite aussi de « clownisme », entre « attitudes illogiques » et « grands mouvements » doit être retenue. Passons vite sur les premiers, « invraisemblables » (Bernheim), sans signification apparente, dans le décubitus : tels le célèbre « arc de cercle », pieds et tête reposant seuls sur le plan du

lit, membres rigides, ventre et tronc contracturés dans leur projection vers le haut et conservant cette attitude au déplacement. Insistons davantage, parce que plus significatifs et déjà évocateurs du théâtre qui va suivre, sur les « grands mouvements », notamment sur celui-ci, « le plus fréquent » (Richer), et que l'on retrouve aujourd'hui chez le malade qui n'est plus soumis au lit : redressement du tronc depuis la position dos au sol où l'a laissé la période précédente, mise sur le séant, plongée de la tête vers les genoux, nouveau renversement en arrière à la position de départ, l'ensemble plus ou moins lentement ou rapidement, avec décomposition des moments du mouvement, pauses, répétition du tout à plusieurs reprises.

Période des transes

Cette période est encore appelée période des « attitudes passionnelles ». Elle est certainement la plus stupéfiante car, en contraste avec son « inconscience », « la malade elle-même entre en scène », comme le dit si bien Richer. Cette fois, la lecture du contenu manifeste est aisée car la plastique des poses laisse peu de doutes. Le mime, complètement muet ou assorti d'un fond sonore, se moule de façon parlante : ici, pour une scène d'exbihition du corps et d'offrande érotique avec effeuillage, dénudation des seins, protrusions provocantes du bassin, reptations sans équivoque des bras ; là, l'expressivité passe soudain à l'extatique avec génuflexions, attitudes inspirées diverses, jonction des mains pour le geste de prière, implorations grandiloquentes ; ailleurs, le spectacle prend la direction d'une mise en scène sur un thème sommaire de violence où gens et objets de l'entourage immédiat peuvent être introduits sans douceur, à moins que la dramatisation emprunte encore les gestes d'une scène de terreur. Surtout, ce qui retient l'attention, c'est l'extrême caprice, au moins apparent, du développement de ce mime : dans

ses changements rapides de thème, extatique maintenant, érotique l'instant suivant ; ensuite dans son ébauche, sa « suggestivité », sa variabilité, fort loin d'un quelconque scénario pour jeu dramatique ; enfin dans son absence d'ordre, ses amalgames, son étrange ralenti, pourtant syncopé.

Période terminale

Le sujet « revient au monde réel » (Richer) : plus malconscient qu'« inconscient » ou conscient, plus muet que gêné, plus étourdi que vraiment fatigué, sauf en cas d'une durée spécialement prolongée de l'accès. Plusieurs choses sont encore à noter. L'attaque dure communément de une demi-heure à une heure, comme il est indiqué des classiques à Janet — tout détail plus avant pour le temps des différentes périodes paraissant aujourd'hui relever d'une « culture » épousant un modèle rigide. Cependant elle peut encore avorter à tout moment de ce cours systématisé ; elle peut aussi bien sauter telle ou telle composante classique, se réduisant ainsi à quelques minutes. Elle peut également se prolonger plusieurs heures, voire plusieurs jours durant, tout étant alors possible en matière de pauses, voire de retour passager à la norme ou de maintien prolongé en « état second », avec ou sans reproduction subintrante de l'attaque selon le schéma traditionnel dit de l'« état de mal ».

Les crises de nerfs

10.24. Dès 1891, Bernheim diagnostiquait, dans la grande hystérie de la Salpêtrière, une *hystérie de culture.* En même temps, il commençait à établir sans restriction cette équivalence, qui ouvre son livre de 1913, des « crises d'hystérie » et des « crises de nerfs ». Et ce point de vue, bien qu'il reste contesté sur le plan doctrinal en ce qu'il tend à liquider la spécificité hystérique (quelle que soit la

manière dont on la conçoit), continue en tout cas à prévaloir largement en clinique, d'autant sans doute que, en matière de crises nerveuses, le diagnostic différentiel de la médecine — épilepsie dans une certaine mesure mise à part — n'est guère en état de proposer des critères tranchées pour séparer des domaines fortement individualisés. On est donc autorisé à traiter dans ce chapitre, et sans avoir à s'en justifier davantage, des « formes mineures » (H. Ey) de l'attaque hystérique que sont les crises de nerfs, *hysteria minor,* « petites crises hystériques », « hystérie vulgaire » des anciens auteurs ou crises « névropathiques » et « hystéroïdes » des modernes, notions ou dénominations qui représentent autant de ponts jetés plutôt cette fois vers la norme, autour de ce qui apparaît comme le domaine *unique* mais singulièrement élargi de l'expressivité ou de la réactivité paroxystique hystérique.

La crise de nerfs est plus immédiatement motivée (cela peut aller de la contrariété minime au conflit sérieux) et est moins mystérieusement expressive que l'attaque pantomimique ; elle apparaît comme plus décalée relativement à l'éventuel champ causal. Elle comporte encore des indices qui, quand on n'oublie pas le grand spectacle précédent, l'évoquent sensiblement, fût-ce assez lointainement.

• *Au niveau des prodromes.* Les prodromes sont sensiblement de même registre que la crise pantomimique, encore que les délais soient en principe plus courts et que leur intensité soit moins marquée ; mais, de toute façon, ils sont de l'ordre du malaise difficilement définissable, de l'énervement et de l'exaspération (avec des formules du type : « j'ai mes nerfs », « je suis agacée », « j'ai envie de tout casser ») ou du virage vers une inquiétude, une anxiété, une angoisse moins bavardes ; les manifestations sont tout autant susceptibles d'emprunter le mode subjectif

du psycho-somatique, peut-être plus manifestement lié ici à l'angoisse, mais connaissant lui aussi la « boule », la sensation de suffocation ou de strangulation, les mouvements désordonnés pour effacer ou compenser cet étau qui étreint, pour retrouver cet air qui fait défaut. Chute et « perte de connaissance » peuvent manquer ; tout se limite alors à une forme elle-même abortive de cette forme abortive. Néanmoins, cette éventualité est loin d'être de règle.

• *Au niveau du déroulement de la crise.* Sans doute les phases de l'attaque pantomimique manquent-elles, et le tableau le plus fréquent est-il celui d'une agitation très mineure avec tremblement, trépignement, grincement des dents, sensations de spasme ou de serrement divers, impression d'imminente syncope-mais sans syncope : le tout trouvant résolution en quelques minutes dans la non moins banale crise de larmes. Mais parfois le tableau s'accentue et se prolonge ; le temps passant, on y retrouve successivement la chute et la perte de connaissance, des raidissements et des contractures, des ébauches d'arc de cercle et des secousses musculaires désordonnées, voire même, chez ce sujet qui se roule par terre, l'esquisse des grands mouvements ou des poses plastiques des descriptions de l'école de la Salpêtrière. Certainement, l'ensemble est-il moins théâtral et ses éléments moins aisément analysables. Pourtant, dans la structure de son développement, impressionnante alors lorsqu'elle est durable ou lorsque sa réactivité est patente, la banale crise de nerfs signe parfois sa filiation ou sa parenté à l'expressivité hystérique.

L'obscurité qui entoure celle-ci se trouve-t-elle, de ce fait, épaissie ou, au contraire, dissipée ? Question épineuse qu'il est peut-être prudent d'éluder, en faisant remarquer que cette frange clinique, sans transitions plus nettes du côté de la décharge émotionnelle et cathartique commune que

du côté de l’attaque pantomimique considérée comme pathologique, paraît bien marquer une autre zone d’incertitudes. Mais celle-ci s’inscrit cette fois à l’intérieur même de ce champ hystérique que nous avons déjà trouvé si mal défini à ses frontières extérieures.

LE PROBLÈME DE LA PERSONNE

10.25. Avant que les accidents hystériques aient été éliminés de la médecine, leur côté disparate et hétéroclite leur a fait rechercher une éventuelle intelligibilité du côté de l’état mental. C’était déjà le sens des stigmates chez Charcot, bien avant l’intervention de la psychologie pathologique de Janet ou de la psychanalyse. Toutefois, il ne semble pas qu’on dépasse alors le plan, très soigné peut-être, mais plus ou moins ressemblant, du portrait, illustré par exemple par ce qu’on peut lire dans E. Régis autour des grandes discussions du début du siècle (1909).

« Ce sont, pour la plupart, des jeunes filles d’une grande vivacité intellectuelle, précoces à l’excès, impressionnables, coquettes, cherchant à fixer sur elles l’attention, habiles à feindre et à mentir, sujettes en outre aux terreurs nocturnes, au rêves, aux cauchemars. L’hystérie une fois établie, l’état mental et moral de ses tributaires se caractérise principalement, du côté de l’intelligence par une mobilité excessive qui fait que les malades n’ont aucun esprit de suite, aucune idée arrêtée, et que, tout en étant capables de déployer à l’occasion une intelligence cultivée, brillante, souvent caustique, elles sont absolument hors d’état de mener à bien une chose sérieuse. Avec cela une tendance très manifeste à toutes les opinions et théories qui peuvent les distinguer et les mettre en évidence, comme aussi à l’imitation, à la suggestibilité, à l’autosuggestion. Moralement, l’état est le même. Caractère bizarre, capricieux, fantasque, mobile à l’excès, sensibilité très vive et hors de proportion avec les

événements, changements perpétuels et subits dans les sentiments, les affections, enthousiasmes irréfléchis, duplicité, mensonge, habileté à simuler, à tromper, à inventer, fourberie (mythomanie) », etc... etc... (Bibl. N° 21, p. 891).

A la charnière du siècle, assez en dérivation, en fin de compte, du raz de marée déclenché par Babinski, au-delà aussi de la vivacité des oppositions où les contraint parfois la controverse, deux orientations majeures se dessinent, qui tentent là d'apporter des élucidations et des précisions. Elles continuent à s'imposer aujourd'hui, dans une rétrospective où la divergence profonde dans la manière même de l'approche paraît s'assortir aussi d'un élément commun, en quelque sorte complémentaire : pour autant que le problème de la mentalité ou de la personne ou du porteur reste, en clinique, à la fois pierre de touche et point d'appui face à tel paroxysme ou accident plus durable d'allure hystérique ; pour autant qu'il y ait encore légitime hantise vers la recherche d'un éventuel dénominateur commun pour cerner, du point de vue de la compréhension ou de la genèse, du point de vue de la pénétration ou du repérage, l'ensemble de la clinique hystérique. On évoque ici toujours Freud et Janet. Le premier, en effet, propose, à l'intérieur d'une génétique de validité plus générale pour le névrotique, des *mécanismes* psychiques qui inscrivent la *conversion hystérique* dans la profondeur de l'organisation de la personnalité et la considèrent comme surgie d'une histoire à quelques égards traumatique. Le second montre le souci de comprendre la même sphère de mystère au fond et l'articule à un type de *description* dont la finesse enveloppe tout un état mental selon un point de vue qui recherche la nuanciation « psychologique ».

10.26. Avec S. Freud, le problème connaît un changement de direction notoire. Il serait pourtant incorrect d'affirmer que la « mentalité hystérique » ne

s'éclaire pas à l'aide des hypothèses émises dès 1892-1895, avec J. Breuer, dans les *Etudes sur l'hystérie*, au niveau de ce qui restera depuis la conversion. Par la suite, la conception traumatique se modifie par le recours au fantasme et toute la dynamique de la causalité s'approfondit du prodigieux développement que connaît, plusieurs dizaines d'années durant, le savoir psychanalytique.

Quel en fut le point de départ ? « Une observation fortuite », nous disent les auteurs, celle d'une malade de Breuer, Anna O., suivie entre 1880 et 1882 et dont la « catharsis », spontanée et régulièrement améliorante en « auto-hypnose », impose l'idée que l'accident hystérique est en relation avec une « cause » (Freud), que, donc, l'« hystérie banale » doit être enveloppée selon une « extension du concept de névrose traumatique ».

Quelle est l'origine traumatique ? Un événement lointain et *oublié,* en apparence du moins car il s'avère peu à peu que « la représentation pathogène soi-disant oubliée est là, toute proche ». Ce qui montre donc que l'on est, en ce domaine, dans le registre de l'accidentel, fût-il surdéterminé. C'est le registre de ce qu'il faut appeler le « devenir hystérique » (Breuer).

Quelle est l'expression somatique ? D'une part, il y a l'existence de « motifs cachés », de « motifs secrets » — et pour le malade même. Il y a donc « dissociation de la conscience » avec un « second conscient » ; plus exactement, une partie du psychisme est « reléguée dans les ténèbres ». C'est dans cette « obscurité de l'inconscient » qu'a été relégué — « refoulé » (Freud) — l'événement traumatisant. D'autre part, il y a le « refoulement » lui-même sur lequel Freud est très explicite : c'est « par suite du refoulement » que l'hystérie paraît « en tant que mesure de défense » et il s'agit d'une « défense par conversion » à la faveur d'un « lien

symbolique » (Freud et Breuer) qui a pu s'établir « du fait même du refoulement » (Freud).

Autrement dit, il semble s'imposer une « théorie psychologique des symptômes hystériques » (Breuer) où l'étiologie s'avère, dès cette époque, largement implantée en terres de sexualité. Cependant la sexualité s'avère plus éclairante pour les facteurs acquis les plus généraux dans les névroses qu'en matière d'hystérie proprement dite ; cette dernière, précisent d'ailleurs les auteurs, « nous n'avons fait que l'effleurer » (Breuer et Freud).

10.27. Avec P. Janet (1914), qui conteste notamment chez Freud la force refoulante active, décisive pour la conversion, on quitte encore le plan du constat, mais pour une démarche de pénétration « psychologique » — l'auteur insistant sur ce terme et illustrant dans ce domaine ce qu'il entend par là. Il propose le fameux couple *suggestivité-distractivité* comme fondement à l'expressivité hystérique. Et il vaut toujours la peine de le suivre là car ce couple, que primitivement l'auteur avait l'intention de considérer comme facteur explicatif, finit par se fixer sous la forme d'un état mental assez précis.

Tout d'abord, il s'agit bien d'un couple pour Janet : de « deux stigmates parallèles » qui, s'ils ne lui « paraissent pas se produire l'un l'autre », « ne peuvent pas exister l'un sans l'autre ».

La suggestivité procède explicitement de Bernheim. Mais Janet abandonne d'emblée le plan assez byzantin de la distinction classique mais statique entre suggestion normale et suggestibilité pathologique : pour passer à un plan qui lui permet de saisir le fonctionnement de l'esprit de l'hystérique dans ce qu'il peut avoir de dynamique. Il apparaît alors que la régularité de ce fonctionnement consiste à agréer — suggestion ou autosuggestion, c'est tout un — toute espèce d'état induit (pensée, perception, sentiment, acte) sans véritable collaboration ou

participation de l'intéressé : comme si celui-ci, littéralement, n'était pas intéressé par ce que son esprit admet au même instant, comme si tout cela avait pouvoir de « se développer » par soi-même, « isolément », sans que les sujets, comme l'écrit Janet, « l'aient accepté, sans qu'ils puissent l'empêcher, quelquefois sans qu'ils s'en doutent ». La différence est majeure avec la « suggestion » chez les « individus complaisants » puisqu'ici le « phénomène psychologique » que l'on observe apparaît comme « régulier et constant », sans engagement de la « conscience » concernée, comme le souligne Janet.

Si la disposition mentale en question éclaire dans une certaine mesure le passage à l'acte hystérique, elle manque pourtant encore elle-même d'un éclairage qui permette de comprendre le fonctionnement étudié vis-à-vis du monde environnant. Janet n'élude pas la difficulté — et ceci renforce certainement l'intérêt de son analyse. Soucieux d'« aller plus loin », il introduit alors le second stigmate du couple, qui permet en définitive à celui-ci de fonctionner à l'intersection esprit-environnement.

Ici, l'analyse, toute nouvelle, redevient différentielle. Alors que la concentration habituelle de l'esprit (Janet prend l'exemple de la lecture), sa « distraction » en un sens par conséquent, s'assortit quand même d'une perméabilité aux événements environnants, susceptibles de conserver là des possibilités d'accès, il ne paraît pas en aller de même dans le fonctionnement de l'esprit de l'hystérique. Pas d'« intérêt puissant » chez ces sujets d'une part et, d'autre part, une plus diffuse « ignorance des phénomènes environnants ». De la sorte, sur ce double fond de distance à la réalité — dénotée d'ailleurs dès l'allure première de ces sujets, dès cet air tout à la fois absorbé qui paraît conférer à leur déambulation la marque d'un « ailleurs », dénotée aussi plus globalement dans cette « disposition à l'indifférence, à l'abstraction, à la distraction tout à fait exagérée et anormale » (Janet) — le fonctionnement de

l’esprit de l’hystérique paraît se faire, dans ce que non sans risque on peut appeler ses choix, au gré parfait du hasard ou du caprice.

Mais alors, dans cette distractivité s’emboîte la suggestivité. Si, comme l’écrit Janet de ces malades, « ils ne sont plus retenus par aucune perception, aucune pensée relative à la réalité environnante », on conçoit, à tout moment, la force de l’induction chez le sujet, qu’elle soit de suggestion ou d’autosuggestion. Ce que, dans les rapports au monde, la motivation assise de la norme accroche d’habitude, l’induction ici en prendra la place : encore une fois hors de la conscience et de la volonté du sujet.

Il reste évidemment à savoir ce qui, hors la conscience et la volonté, doit, malgré tout, motiver le champ retenu des suggestions ou autosuggestions. Mais c’est ici qu’on retrouve Freud : Janet, tout à la « conscience », laissant échapper cela même qu’il avait fini par cerner.

10.28. Qu’en est-il aujourd’hui ? Les stigmates d’« état mental » de Janet conservent certes une cote élevée d’estime en clinique, car on reconnaît encore aujourd’hui qu’ils permettent un repérage essentiel. Mais leur configuration pourtant cohérente n’apparaît comme ni exhaustive, ni même constante au regard de l’actuelle psychologie clinique hystérique. Les mécanismes de conversion ne vont pas davantage sans critique, et parfois jusque dans les milieux psychanalytiques (Parcheminey). La raison en est, au premier chef, qu’ils engagent une conception également trop univoque de la « personnalité » porteuse, au regard de toutes les frontières si incertaines du champ de l’expressivité dite hystérique. Si la double référence historique que nous avons évoquée conserve donc des titres majeurs en clinique, il s’en faut pourtant que l’ubiquitaire hystérique soit, par elle, intégralement enveloppé.

A la vérité, il semble bien que, à peine cerné, le problème de la personne ou du porteur, auquel paraissait renvoyer primordialement la clinique des accidents hystériques, ne peut pas se clore davantage sur lui-même que ce domaine premier. A son tour il appelle irrésistiblement un renvoi d'un autre ordre, où la variance va se jouer cette fois dans une zone où le « rôle » que la clinique va bientôt surprendre en matière de développements hystériques, s'avère relever d'implications non moins générales et peut-être non moins redoutables que ce que nous avons retenu jusqu'ici. Tout se passant comme si le « défi » (Ajuriaguerra) hystérique continuait à déborder infailliblement les cadres de la rassurante démarche d'objectivation psychologique, en définitive à l'œuvre, quel que soit là d'ailleurs le choix des extrapolations, dans telle ou telle procédure d'abusive « personnalisation ». C'est en tout cas dans ce sens que, pour clore provisoirement ce chapitre et introduire un autre propos, nous rapporterons les mots d'embarras de P.-B. Schneider, vrai signifiant d'impasse épistémologique aussi au plan d'une démarche trop traditionnelle :

« Il n'en reste pas moins vrai que ce que l'on désigne ordinairement sous le nom de « personnalité hystérique », et qui ressort de la description des traits de caractère, qui sont bien connus, de la manière d'être et de réagir, n'est pas très éloigné du rôle que tout homme joue, une fois ou l'autre, si ce n'est souvent, dans son existence. Dans cette perspective, la personnalité hystérique serait beaucoup plus fréquente qu'on ne la diagnostique et passerait par des intermédiaires insensiblement à la personnalité normale idéale, laquelle pourrait aussi réagir, à certains moments, selon le mode hystérique. » (Bibl. N° 23, p. 226).

LA THÉÂTRALITÉ HYSTÉRIQUE

10.29. Il s’agit ainsi d’éviter d’être pris au piège d’une personnalité ou d’une personnalisation qui supposerait une typologie unique. Celle-ci n’existe évidemment pas, ne serait-ce que parce qu’elle conduirait à rapprocher, par exemple, la jeune femme coquette, sujette sporadiquement à crises, et les grandes psychopathes à « état de mal » dont on parlait autrefois. Pour cela, on a tenté de déplacer l’angle de prise de vue vers le côté de prime abord le plus sujet à caution de l’expressivité hystérique, c’est-à-dire vers le contexte même où, pour la manifestation, fût-elle la moins tapageuse, la représentation confine à la comédie, la mise en scène frise la fabulation, le roman se démarque mal de l’intrigue, comme la séduction de la provocation. Mais il s’agit alors de prendre au sérieux ce contexte, expéditivement et conventionnellement qualifié de théâtralisme ou d’histrionisme, c’est-à-dire non dans la pente traditionnelle du « jugement » [Ajuriaguerra], mais à la lettre. La démarche consiste alors en une sorte d’observation phénoménologique de ce qui se passe à la charnière d’autrui et sous son regard, puisque les comportements qualifiés de théâtraux paraissent immanquablement engagés par le truchement de ce « public » sans lequel le « spectacle » (dit-on classiquement), n’aurait pas lieu.

C’est à L. Klages (1930) qu’on doit, à notre connaissance, d’avoir intronisé profondément, même dramatiquement, ce point de vue. Pour cet auteur, le théâtre hystérique relève de l’appauvrissement ou de la pauvreté élémentaire d’une vie, fondamentalement falsifiée et se cultivant en même temps que s’approfondissant dans cette falsification par « la réaction du besoin de représentation sur le sentiment de l’impuissance à vivre », selon une formule devenue depuis fameuse.

Et il faut accorder que ce jugement pessimiste illumine maints traits de la clinique hystérique. On s’étonne moins dès lors de voir telle malade vivre un romanesque au-

dessus de ses moyens et déboucher ainsi sur l'impasse, voire la catastrophe, subie selon les seules réactions en chaîne de l'impuissance en face d'autrui — avec tous les dégâts que celui-ci à son tour peut imposer — et sans que la malade ait beaucoup de velléités de maîtrise ou de reprise autres que celles de la conversion. On ne s'étonnera pas non plus sur le plan du vécu micro-quotidien de la voir se contenter apparemment, dans ses attitudes, dans ses idées par exemple, d'emprunts à une manière d'être sommaire où l'instant est tout, où la figure de l'apprenti-sorcier est de règle dans telle intrigue dont les rebondissements comptent plus que son déroulement ou son dénouement. Dans cette manière d'être, le sceau personnel est introuvable ; il apparaît régulièrement éludé au profit de comportements substitutifs calqués à l'emporte-pièce sur des modèles de fortune ou des comparses de dérision.

10.30. L. Klages explicite d'ailleurs encore ces choses : « Supposons, écrit-il, qu'il nous soit refusé de ressentir des passions, des ivresses, des enthousiasmes, rien ne saurait mieux nous persuader que nous vivons, sinon la perturbation dont notre vie est la victime. » A rehausser, comme il n'est pas de règle, il faut bien le dire, cette dernière proposition, on s'étonne moins dès lors de l'embourbement de notre malade dans un théâtre « des passions, des ivresses, des enthousiasmes », théâtre au sens strict où le jeu comporte l'outré et le faux, mais aussi des scènes et des actes au fil desquels se profileront bien les protagonistes dupés de la fable hystérique, mais peut-être, surtout, un acteur plus meurtri que meurtrier : comme on s'étonne moins de l'y voir « simuler » ou « mentir », jouer de l'infini registre « pervers » ou « masochiste » pour autant qu'à vie empoisonnée au départ il faille bien parer avec les moyens du bord, n'eussent-ils pas l'authenticité normative et fût-ce au prix d'illusions et

de déboires dont la note à payer sera lourde. Comme l'écrit fortement P.C. Racamier : « l'hystérie n'est jamais drôle ».

En dernier lieu, L. Klages sonde l'arrière-fond de la fallacieuse richesse hystérique en expressions ou en péripéties et conclut qu'il n'y découvre rien. Mais si le champ hystérique ne renvoie ainsi, en dernière analyse, qu'à lui-même, si le différentiel et oppositionnel portrait-robot de tradition n'y est pas de mise, cela soulève encore d'étranges questions. Avant d'y revenir, relevons encore combien cette perspective est enveloppante pour les plans cliniques déjà envisagés. Ici, c'est l'attention capricieuse, l'inattention rêveuse, la rêvasserie plus ou moins sérieusement fantasmatique de ces sujets qui marquent, recoupant la distractivité et la suggestivité de Janet, non plus un prétendu « ailleurs » où vivrait l'hystérique, mais la littéralité d'un « à côté » ou d'un « à distance ». Là, ce sont les mouvements d'une affectivité factice et éphémère, inconstante en même temps que captative, capricieuse jusqu'au fantasque, qui s'éclairent, non plus comme cet accompagnement irritant d'un mime ridicule qu'y retrouvait autrefois la bonne conscience psychiatrique, mais bien comme la contrepartie pathétique d'une mise en scène de la vie qui ne serait pas sans elle, comme le moule tragique où le sujet tente, vainement ou non, c'est une autre affaire, le « sentiment » que son intelligence, souvent aiguë, décèle ailleurs.

10.31. L'histoire de nos malades révèle, plus ou moins bien sûr, cette quête sans doute moins factice qu'assez désespérée du « personnage » — chez lui-même comme chez l'autre — dans des aventures sans profondeur ou sans lendemain, dans des miroitements relationnels cachant mal des vides, dans des parties perdues d'avance, moins par goût du dérisoire d'ailleurs que par sceau d'échec depuis longtemps inscrit dans leurs homologues passés. Dans cette histoire, c'est aussi la « véracité » (Ajuriaguerra) de

l’hystérie qui s’inscrit. De façon flagrante ? Certainement pas. Plutôt à la façon d’une « vérité peu claire et camouflée » selon les mots d’Ajuriaguerra, et qui fait du coup primordialement figure de mensonge, comme le précise profondément cet auteur. Mais cette véracité questionne peut-être, et alors très au-delà du champ hystérique, rien moins que la difficulté d’être, propre à tout homme. Si l’on définit, comme le fait H. Ey, l’hystérie « par une anomalie des processus d’identification de la personnalité », la question se pose immédiatement d’une référence précise à la « norme ». Dans ce domaine, la réponse reste régulièrement évasive sur fond d’une controverse bien sûr acharnée. Quoi qu’il en soit, le champ hystérique pose crûment tout le problème de la falsification de la personne, tant dans la relation avec autrui que dans la trame dramatique de l’existence. Au travers des manifestations de théâtralité et de ses rôles, la personne constitue une occasion pour les spécialistes de se livrer à des joutes, que la mode aujourd’hui fait souvent complaisants ou pontifiants, sur la coïncidence ou non, la conjonction ou la disjonction de la personne et des personnages. Ce n’est en tout cas pas chez nos malades matière à discussion byzantine ou à conversation édifiante. C’est à la façon d’une dimension existentielle que, pour eux, se pose l’incapacité foncière à fixer la teneur comme les limites de ce que les gens compétents et savants appellent la personne.

Il existe çà et là des exceptions : lorsque la personnalité hystérique trouve à investir, momentanément, précairement, sa distinction dans certains rôles sociaux, tels que ceux du théâtre ou de la mode, dans le monde des starlettes ou des esthètes. Mais, pour une réussite en cette marge, que d’échecs ! Il faut aussi constater qu’une question subsiste, qui risque de tout mettre en cause : qui est en tort, la revendication hystérique ou l’ordre qui transforme sa subversion en maladie et en souffrance ? A

notre sens, dans ce genre de question, le niveau théâtral de l'analyse tranche sans ambiguïté. C'est lui, en effet, qui permet de déceler le plan où les côtés tacites et informels des normes deviennent répression et constituent donc le véritable fond préparatoire aux accidents critiques dits morbides. C'est en somme sur ce fond que se condense et éclate — du moins quand il le peut — tout un drame vital, dont le « porte-à-faux » (Ey) engage bien davantage que de vagues insuffisances de la personne ou de sa personnalisation.

Bibliographie

[1] ARAGON et BRETON. « Le cinquantenaire de l'hystérie ». Manifeste de 1928, in M. NADEAU « Histoire du surréalisme », T. II, « Documents surréalistes » Ed. du Seuil, Paris 1948.

[2] H. BERNHEIM. *L'hystérie,* Ed. Doin, Paris 1913 [Données historiques. Premiers aperçus sur l'importance de la suggestion et critique de l'hystérie de la Salpêtrière. Nombreuses observations].

[3] P. CHASLIN. *Eléments de sémiologie et clinique mentales,* Paris 1912.

[4] P. JANET. *Les névroses,* Ed. Flammarion, Paris 1914 [Exposé d'ensemble sur le thème, centré essentiellement sur l'opposition hystérie-psychasthénie. Critique de Babinski. Conceptions personnelles].

[5] B.J. LOGRE. « Etat mental des hystériques », in *Traité de pathologie médicale* de E. SERGENT, volumes « Psychiatrie », T. I, Ed. Maloine, Paris 1921 (1re édition) [Longue étude dont la portée clinique se situe dans le prolongement délibéré du travail de Babinski].

[6] S. FREUD et J. BREUER. *Etudes sur l'hystérie,* Ed. P.U.F. Paris 1956 [Capital pour la connaissance des débuts de la

psychanalyse (1895). Remarquable observation d'Anna O. par BREUER. Exposé des conceptions communes. Développements plus personnels de FREUD dans le dernier chapitre sur la psychothérapie].
[7] Y. PÉLICIER. « Intégration des données sociologiques à la psychiatrie clinique ». Rapport au Congrès de psychiatrie et neurologie de langue française de Marseille en 1964 Ed. Masson, Paris 1964 [Examen étendu des données sociologiques et ethnologiques : en particulier pour les travaux d'anthropologie culturelle. Importante bibliographie].
[8] J. HAMON. « Les psychoses collectives ». Rapport au Congrès des aliénistes et neurologistes de langue française de Nice en 1955. Ed. Masson, Paris 1955. [Revue d'ensemble avec éléments historiques développés. Importante bibliographie].
[9] DESPINOY, BENOIST, MARES et COLSON. « Manifestations hystériques et culture ». Communication au congrès des aliénistes et neurologistes de langue française de Lyon en 1957, in *Comptes rendus,* Ed. Masson, Paris 1958.
[10] H. COLLOMB, M. DIOP, P. MARTINO et A. ZEMPLENI : « Hystérie et crise de possession ». Communication au congrès de psychiatrie et neurologie de langue française de Lausanne en 1965, in *Comptes rendus,* T. I, Ed. Masson, Paris 1966.
[11] G. BENOIT. « Qu'est-ce que la psychiatrie transculturelle » et « Légitimité et racines de la psychiatrie transculturelle », in *L'information psychiatrique,* octobre 1964, N° 8 (numéro spécial).
[12] J. HAMON et J.V. PARAIRE. « Psychiatrie et armée », in *Encyclopédie médico-chirurgicale,* Volumes : Psychiatrie, Paris 1955, T. III [Introduction très générale au problème. Données chiffrées. Importante bibliographie.]
[13] T. LEMPERIERE, J. PERSE, M. ENRIQUEZ. « Symptômes hystériques et personnalité hystérique. »

Premier rapport au Congrès de psychiatrie et neurologie de langue français de Lausanne en 1955, in *Comptes rendus,* T. I, Ed. Masson, Paris 1966. [Etude statistique avec notamment données écologiques approfondies et complément psychométrique. Texte de recensement plus que de doctrine. Bibliographie récente, imposante pour les contributions étrangères.]

[14] L. CROCQ, P. LEFEBVRE, V. GIRARD et J. CLÉMENT. « Hystérie et névrose traumatique ». Communication au Congrès de psychiatrie et neurologie de langue française de Lausanne en 1965, in *Comptes rendus,* T. I, Ed. Masson, Paris 1966.

[15] H. HÉCAEN : « Les névroses traumatiques ». Rapport au congrès des aliénistes et neurologistes de langue française de Liège en 1954, in *Comptes rendus,* Ed. Masson, Paris 1955. [Important texte de doctrine. Collaboration de J. DE AJURIAGUERRA.]

[16] R. ANGELERGUES et M. AUDISSIO. « Troubles mentaux secondaires aux traumatismes crâniens », in « *Encyclopédie médico-chirurgicale* », Volumes : Psychiatrie, T. II, Paris 1964.

[17] E. MINKOWSKI. Intervention dans la discussion des rapports sur l'hystérie au Congrès de Lausanne de 1965, in *Comptes rendus,* Ed. Masson, Paris 1966, T. 1.

[18] G. ROSOLATO. « Introduction à l'étude de l'hystérie », in *Encyclopédie médico-chirurgicale,* Volumes : Psychiatrie, Paris 1962, T. II. [Introduction de référence psychanalytique.]

[19] A. LAURAS. « Symptômes et critères diagnostiques de l'hystérie », in *La revue du praticien,* 11 avril 1964 (numéro spécial).

[20] H. EY. « Introduction à l'étude actuelle de l'hystérie », in *La revue du praticien,* 11 avril 1964 (numéro spécial). [Texte de doctrine en dépit de sa brièveté introductive.]

[21] E. RÉGIS. « Précis de psychiatrie », Ed. Doin, Paris 1909 (4e édition).
[22] J. AJURIAGUERRA. « Le problème de l'hystérie », in « L'encéphale », 1951, Fasc. 1. [Revue critique de travaux récents d'incidence neurobiologique et psychanalytique.]
[23] P.-B. SCHNEIDER. « Contribution à l'étude de l'hystérie », Second rapport au Congrès de psychiatrie et de neurologie de langue française de Lausanne en 1965, in *Comptes rendus,* Ed. Masson, Paris 1966, T.I.
[24] L. KLAGES. *Les principes de la caractériologie,* Ed. Alcan, Paris 1930, Chap. VIII.
[25] P.C. RACAMIER. « Hystérie et théâtre », in « *Entretiens psychiatriques* 1952 », Ed. l'Arche, Paris 1952. [Essai sur le thème dans une perspective psychanalytique nuancée.]

11

L’obsession

11.1. Traiter ici du domaine clinique que recouvre ce mot requiert un double avertissement, terminologique et nosologique.

D’une part, dans l’emploi qu’en fait la discipline psychiatrique en France, le terme *d’obsession* (du latin *obsidere,* assiéger) traditionnel depuis Falret (1866) apparaît aujourd’hui un peu mince pour envelopper tout le champ des « idées obsédantes », mais aussi des « phobies », des « obsessions-impulsions » ou encore des « agitations » équivalentes moins précises qu’il désigne pourtant : certes ces phénomènes sont assiégeants dans l’ordre du penser, du sentir, de l’agir, mais ils sont tout autant contraignants. Dans l’usage récent, le terme d’obsession s’est donc en quelque sorte doublé de celui de « compulsion » (du latin *compulsare,* forcer) qui indique, lui, plus nettement cette contrainte interne. Cette substitution de terme a été d’autant plus aisée que la traduction *obsessionnel* ou *compulsionnel* répond assez indifféremment aux composés correspondants du vocabulaire psychiatrique allemand dérivant de la racine *Zwang,* qui rehausse également le caractère de contrainte qu’évoque chaque terme de cette gamme sémiologique. Nuances peut-être — mais surtout contamination qui est moins due au hasard ou à l’approximation qu’aux exigences d’abréviation qui sont dominantes dans l’usage clinique. Preuve en est d’ailleurs le recours fréquent au terme de *compulsion* chez les auteurs contemporains comme dans les pages qui suivent.

D’autre part, jusque dans l’exposé clinique même de l’obsession, il y a aujourd’hui choix à faire, qui n’est pas de seul ordre doctrinal. La tendance, en effet, est d’accréditer l’étude de l’obsessionnel et du compulsionnel dans les formalisations assez exclusives de l’école freudienne et selon une systématique nosologique qu’elle ne cesse de développer. C’est en deçà de ce parti pris que nous situerons délibérément notre propos : à cette perspective trop soucieuse de démarquer son système conceptuel de la tradition, nous préférons celle, d’ailleurs plus à ras de la clinique, où l’étude de l’obsession porte encore trace des difficultés nosologiques de sa lente émergence historique.

Dans une introduction, centrée sur la problématique nosologique, nous nous attacherons d’abord à marquer les obscurités et les piétinements dans ce domaine clinique avant Freud et Janet, à partir desquels, mais conjointement, le statut de névrose lui a été assuré. Nous procéderons ensuite à l’inventaire détaillé d’une symptomatologie en définitive très étendue bien que difficile à circonscrire et en restant, pour l’essentiel, dans la ligne du travail majeur de Janet — fût-il soutenu par une vision psychasthénique de l’obsession dont l’universalité est moins grande que ce qu’il crut. Nous terminerons par une esquisse schématique où seront envisagés quelques-uns des traits que l’organisation clinique obsessionnelle peut respectivement puiser de ses antécédents, de sa propre structure, et de ses types les plus tranchés d’évolutivité.

Histoire d’un dégagement nosologique difficile

11.2. Aujourd’hui, le domaine de l’obsession pathologique et de son organisation clinique connaît des « évidences » qui paraissent avoir perdu toute trace de leur difficile constitution historique. Longtemps pourtant

l'entité nosologique et même la sémiologie élémentaire de l'obsessionnel ne furent pas perçus avec le relief qu'on leur reconnaît maintenant. Et la chose vaut sans doute examen pour autant que, dans la confuse histoire des névroses, le dégagement de l'obsession apporte des lumières singulièrement relativisantes pour qui serait tenté par une assurance vraiment prématurée. Car enfin, si dire que, dans l'histoire des vues psychiatriques sur ce sujet, celles qui concernent l'obsession représentent une plaque tournante n'est certainement pas abusif, c'est à condition de ne pas y perdre le caractère incertain et rudimentaire d'un cheminement peut-être aussi riche d'enseignement qu'une apologétique de Freud et de Janet dont on se satisfait trop hâtivement. Si ces deux auteurs inaugurent en effet une étape décisive en la matière, l'étape moderne, leurs synthèses ou innovations ne font pas là seulement fonction de rupture ; elles constituent aussi une réponse et une reprise, au regard d'une problématique clinique en passe de retourner à un état de fluence originelle jamais, à vrai dire, définitivement et unanimement éliminé. C'est donc aussi selon cette incidence que nous aborderons ici l'historique de la question de l'obsession.

PRÉHISTOIRE

11.3. On s'étonnera moins de ce que les réalités cliniques et, a fortiori, la notion même de l'obsession pathologique n'aient pu prendre que peu à peu, dans une réticence, une controverse, une impasse quasi permanentes, les différentes facettes qui leur confèrent leur relief contemporain, si l'on se réfère à l'étonnant statut marginal si longtemps occupé par la névrose en nosologie. Non que les faits correspondants, y compris ceux d'obsession, aient été systématiquement méconnus des siècles durant ; mais plutôt parce que les flottements, dont ces difficultés de rangement ont si longtemps fait preuve

sur le plan de la pensée médicale, devaient retentir nécessairement sur telle ou telle individualisation clinique ou sémiologique.

Si le terme de névrose en tant que catégorie de rangement apparaît dès la fin du XVIIIe siècle, en 1777, sous la plume de William Cullen et s'il fait dès lors carrière, ce n'est pas, tant s'en faut, pour recouvrir rapidement ce que l'on est à peu près unanime aujourd'hui à regrouper sous son intitulé. Il prend, somme toute, d'abord le relais de ce qu'on entendait par vapeurs au XVIIIe siècle. On peut sans doute le définir comme « musée de phénomènes » (Janet), fascinant pour les médecins de l'époque, qui y casent tout ce que leur pratique leur fait remarquer comme « extraordinaire », « remarquable », « incompréhensible ». Mais les principes classificateurs ne dépassent pas vraiment le pittoresque, si l'on se réfère, dans l'exemple topique pris par Janet, à l'étonnante table des matières du traité de P. Pomme et à ses trois volumes, où il est fait mention de convulsions mais aussi d'aigreurs, de jaunisses, de cécités, etc... sous le seul dénominateur commun de l'inexplicable.

Le statut nosologique de la « névrose », dont les racines apparaissent donc bien curieuses, ne se resserrera et ne se précisera que très lentement, tout au long du XIXe siècle. Elle inclut successivement : chez Pinel (1819) l'hystérie, certes, mais aussi, par exemple, le tétanos, sans parler de la diplopie ou de l'amaurose ; chez Sandras (1851) l'hystérie, les convulsions, les contractures, mais aussi l'éclampsie, le somnambulisme, la nostalgie ; chez Huchard (1883) la chorée, l'épilepsie, la catalepsie à côté de l'hystérie ou de l'éclampsie déjà citées. En un mot, le groupe des névroses reste foncièrement un amoncellement de symptômes ou syndromes disparates dont s'élague peu à peu tout ce que l'on vient à mieux comprendre ou à mieux connaître. On relèvera aussi que, dans cette lente

sédimentation du fourre-tout des névroses, il n’est aucunement fait mention de l’obsession. Née sur un tout autre terrain de la genèse nosologique, elle ne rejoindra que tout à fait tardivement le dernier noyau restant du dépotoir primitif.

Curieusement, en effet, tout au moins au regard des conceptions « modernes », c’est dans un tout autre secteur de la différenciation nosologique que le domaine de l’obsession finira par effleurer. D’abord, bien sûr, à l’état d’observations ou d’esquisses évoquant celles que l’on connaît aujourd’hui : ainsi chez Pinel (1807) mais noyées dans ses « folies raisonnantes », puis chez Esquirol (1838)

mais décrites à la façon d’un délire partiel : d’une monomanie. Nous avons déjà eu l’occasion d’évoquer la grande querelle des monomanies dont sont issues la conception et la classification actuelles des délires. C’est dans l’ombre de cette querelle, en étroite liaison donc avec des problèmes nosologiques conçus aujourd’hui comme entièrement différents, que le cadre obsessionnel va passer la rampe nosologique.

DÉCOUVERTE

11.4. C’est dans le grand affrontement qui oppose partisans et adversaires des conceptions esquiroliennes que les esquisses cliniques se précisent ; et, pour les premiers, dans le cadre de la « monomanie avec conscience de Baillarger (1861) ou de la « folie lucide » de Delasiauve (1859), mais surtout avec Falret.

11.5. En effet, c’est avec cet auteur que s’amorce, au début du dernier tiers du XIXe siècle, la décennie décisive pour la constitution de l’obsession en domaine clinique, désormais repéré et étudié en tant que tel. Certes les avatars nosologiques sont loin d’être ici terminés et nous les retrouverons. Quoi qu’il en soit, un tournant là s’opère

avec des apports majeurs qu'il faut énumérer rapidement et dater :

- description, en 1866, par Falret, d'une forme de « folie raisonnante » ou « folie morale », caractérisée par une « aliénation partielle avec prédominance de la crainte du contact des objets extérieurs » ;
- description, en 1866, par Morel, d'un « délire émotif », de moindre importance nosologique peut-être, mais d'intérêt doctrinal certain pour autant que concevant nettement les troubles rapportés à la façon d'une « maladie spéciale de l'émotivité » (Pitres et Régis) ;
- étude, en 1870, par Krafft-Ebing, des « représentations qui s'imposent », des « représentations obsédantes » (Zwangsvorstellungen), selon un concept qui restera classique en Allemagne ;
- reprise, en 1875, par Legrand du Saulle, du travail de Falret, avec des attributs neufs d'une grande importance, puisque la description concerne maintenant une « folie du doute avec délire du toucher » ;
- reprise, en 1877, par Westphal, des Zwangvorstellungen de Krafft-Ebing, dans un travail à la fois minutieux au plan clinique et d'intérêt doctrinal, puisque insistant, à la différence de Morel, sur la primauté intellectuelle des développements parasitaires et contraignants de l'obsession.

11.6. Dès lors, l'autonomie ou, tout au moins, la spécificité du groupe sémiologique de l'obsession apparaît irréversiblement circonscrite, en même temps que sont définies les premières grandes oppositions dans la discussion étiologique. Pourtant le sens de cette évolution reste plus apparence que réalité, des décennies durant, faute de statut nosologique parallèlement assuré pour le groupe mis à jour. Faute d'être bien plaidée, la cause névrotique est encore loin d'y être gagnée ; et ces

flottements auront une action en retour sur le contour sémiologique de l’obsession dont la netteté finira par s’estomper dans la représentation psychiatrique (peut-être aussi à cause d’autres facteurs).

- Pour commencer, la description se précise encore : notamment avec Buccola qui, en 1880, insiste là sur les « idées fixes », avec Tamburini qui, la même année, publie à ce sujet sur les « idées incoercibles », avec Morselli qui, en 1885, considère ce domaine comme une « paranoïa rudimentaire » et y distingue une forme « impulsive » et une forme « idéative », avec Hack-Tucke qui, en 1894, insiste sur les « idées impératives », etc.
- Mais l’incertitude nosologique est en passe d’être à son comble lorsque Magnan et Legrain (1895) ravalent la sphère de l’obsession au niveau des « stigmates psychiques de la dégénérescence ». Réduite ainsi à un ordre épiphénoménal, entre autres, dans le vaste domaine des tares constitutionnelles complaisamment décrites sous cet intitulé, elle perd naturellement très vite de son intérêt clinique propre. Quoi qu’il en soit, cette conception discutable fut imposée avec une autorité si grande que, jusque dans cette somme qu’est à l’époque le *Traité de pathologie mentale* de Ballet (1903), ce qui concerne l’obsession est rangé, non au chapitre des névroses qui retient pourtant maintenant la neurasthénie à côté de l’hystérie, mais au chapitre des psychoses constitutionnelles, sous la plume de Arnaud. Vingt ans plus tard encore, dans le grand traité de Sergent (1921), si une concession est faite aux idées nouvelles de Janet, l’obsession figure toujours en bonne place au chapitre des dégénérescences et toujours selon l’intitulé « stigmates psychiques », sous la plume de Barbe.

- De 1897 à 1902, Pitres et Régis ont tenté d'instaurer le groupe des phobies et des obsessions à la façon d'une névrose et en allant à contre-courant des tendances qui poussent à la dilution conjointement nosologique et sémiologique. Cette tentative ne parvient pas toutefois à faire durablement pièce à ces lignes de force ; d'autant plus qu'elles ont tendance maintenant à s'enrichir, puisque le nouveau groupement, toujours informel nosologiquement parlant, se voit dangereusement menacé sur d'autres frontières. Le « cadre nouveau-né » (Green) de la neurasthénie, issu des travaux de Beard, connaît un engouement que nous avons déjà évoqué ; la névrose d'angoisse le prolonge et le différencie dans les recherches de Freud, puis de Hecker. Toutes deux tendent alors à envelopper, par le truchement de certaines de leurs franges, un ensemble terni par tant d'oscillations.
- On remarquera aussi que, cette fois, non sans paradoxe, le domaine de l'obsession, fût-il plus que jamais menacé dans son autonomie, tend à verser du côté de la névrose : comme si, par une ruse de l'histoire des idées, le terrain se préparait pour une nouvelle impulsion qui, de l'excès d'étiolement même, constitue par elle-même une condition pour la naissance de nouvelles synthèses. Quel que soit le risque finaliste qu'engage de prime abord l'hypothèse, elle doit tout de même être envisagée lorsqu'on aborde l'apport de Janet et de Freud en la matière.

INSTAURATION

11.7. Ce moment de l'histoire nosologique des névroses et de l'obsession à la charnière du xxe siècle ne rapproche pas ces deux noms sur le seul plan chronologique. Premier dénominateur commun, toile de fond si l'on veut : la catégorie névrose cesse brutalement chez les deux auteurs

d’être la quantité négligeable de la tradition pour devenir le point d’application princeps de la recherche. Deuxième dénominateur commun : une conception de la névrose se fait jour qui, insistant, ici (Janet) sur la structure, là (Freud) sur la genèse, la rapporte fermement au développement et au trouble de celui-ci. Troisième dénominateur commun : le domaine de l’obsession est intégralement enveloppé dans cet effort nosologique sans précédent et accède désormais par ce truchement aux grands premiers rôles sur la scène des névroses à côté et à l’instar de l’hystérie.

Pour Janet, autour de l’année pivot 1903, il s’agit de constituer une psychasthénie qui serait le pendant rigoureux de l’hystérie. Non pour des besoins spécieux d’homologie : mais, à la vérité, à la faveur d’une permanente référence sémiologique dont la minutie relève toujours plus largement les possibilités de féconde confrontation. Car c’est à partir d’un ordre sémiologique inventorié dans tout ce qui avait été négligé avant lui que Janet établit les bases d’un statut névrotique de l’obsession. S’il cherche, comme dans l’hystérie, à établir ici l’existence de stigmates mentaux à un niveau plus psychologique que ce que proposait l’immédiate clinique à ses prédécesseurs, c’est que les blancs laissés par ceux-ci dans la lecture de son texte attestent là un oubli assez criant. Procédant donc au rapprochement de symptômes jusque-là dispersés, éclairant tout ce que pouvaient avoir de commun tics, manies mentales, agitations émotionnelles chez les obsédés, Janet dégage l’existence « d’insuffisances psychologiques » et de « sentiments d’incomplétude » en restant strictement au niveau d’une clinique, qui avait au fond été abandonnée en son état premier d’analytique. De là à rehausser, dans une synthèse clinique opportune, ces traits sous-jacents jusqu’à camper le portrait ou le caractére du psychasthénique, la légitimité était entière.

11.8. Pour Freud, au tournant des années 90, qui furent décisives dans son passage de la neurologie à la psychopathologie, il s'agit, en matière nosologique, non d'une clôture mais d'une inauguration. Il s'agit d'une refonte préliminaire dont l'ampleur reste communément dans l'ombre au profit des découvertes qui vont suivre, même si elle y préside. Frappé très tôt par l'importance de la sexualité dans les névroses classiques, Freud en reprend systématiquement la distribution sous ce jour et assied ainsi le statut d'une « névrose obsessionnelle » à l'intérieur d'un cadre qu'il est du plus grand intérêt de répertorier et de dater.

- Reprise de la neurasthénie (1893-1895) et démembrement de celle-ci au profit d'une *névrose d'angoisse* sur la base essentielle d'avatars distincts pour la tension sexuelle. La neurasthénie (restante) est à rapporter, selon Freud, à des possibilités conservées mais inadéquates de décharge (auto-érotisme), alors que la névrose d'angoisse relève d'impossibilité (coïtus interruptus, par exemple) avec accumulation de la tension sexuelle et dérivation en angoisse somatique (selon un modèle qui préfigure donc déjà la célèbre « conversion » hystérique).
- Autour du travail sur l'hystérie (1895), constitution de la *névrose obsessionnelle* (1894-1896). La perspective reste dans l'ensemble la même et fonde ici aussi la légitimité de ce découpage nosographique sur une destinée spécifique de l'énergie sexuelle, en même temps qu'elle s'enchaîne aux hypothèses toutes récentes sur la « conversion » hystérique. Ici aussi sont en cause d'insoutenables représentations d'obédience sexuelle ; mais, dit Freud, il manque à ces malades la « disposition à la conversion » somatique hystérique. Elles demeurent donc dans le domaine psychique où, par « déplacement », « condensation », « dislocation »,

« transposition », elles s’affectent, en se modifiant et se camouflant, d’un coefficient obsessionnel : à la façon donc de « formations de compromis » procédant du refoulement, mais aussi d’« auto-reproches ».

- Dégagement de la *névrose phobique* (1908-1909). Initialement, les phobies restent, pour Freud, noyées ou dans la névrose obsessionnelle, ou dans la névrose d’angoisse. Dix ans plus tard, elles lui apparaissent comme susceptibles de constituer un « processus psychopathologique indépendant », ce qui suffit donc à spécifier l’autonomie nosologique d’une névrose. Il s’agit encore d’énergie sexuelle, mais libre, ou du moins « libérée sous forme d’angoisse » et qui ne trouve à « se convertir » que par un « objet phobique » interposé. La conversion est donc *sui generis,* extérieure en somme, mais sa structure repose sur un mécanisme comparable à celui de l’hystérie de conversion (similitude marquée d’ailleurs par le terme hystérie d’angoisse, pratiquement synonyme de névrose phobique, dans la terminologie psychanalytique).

11.9. On voit aussi clairement que l’acte de naissance de la psychasthénie chez Janet, de la névrose obsessionnelle chez Freud s’est opéré à l’occasion de cheminements dont il serait abusif de pousser trop avant la convergence. Aux racines encore insérées dans la tradition constitutionnaliste chez Janet répond une totale rupture de ban avec le constitutionnalisme chez Freud, sous l’auspice d’une génétique épousant les mésaventures de la sexualité. Les perspectives nosologiques restent foncièrement celles d’un achèvement au regard des insuffisances d’un passé disciplinaire injuste pour le premier, alors que, pour le second, elles ne sont que l’instrumentation préalable de ce qui deviendra discipline entièrement nouvelle. Cela va encore jusqu’à l’approche psychologique de

« mécanismes » identiques, mais dont la signification et la portée divergent de façon radicale dans les deux orientations. Pourtant un précieux écho demeure, lorsque, des deux auteurs, on rapproche tel ou tel propos inaugural. Chez Janet, lorsque, à partir de l'incroyable chiffre de 325 observations, il introduit ainsi son ouvrage monumental de 1903 *(Les obsessions et la psychasthénie*) *:* « Ce rapprochement de divers symptômes permet aussi de proposer une réunion de diverses maladies en une seule et de construire une grande psychonévrose sur le modèle de l'épilepsie et de l'hystérie, la psychasthénie, à la place de ces innombrables obsessions, manies, tics, phobies, délire du doute ou du contact, névroses cérébro-cardiaques » (Bibl. N° 6, p. X). De même chez Freud, lorsque, à l'occasion de ce « travail mental acharné » des années 90 qu'évoque Jones, il écrit : « Il m'a fallu commencer mon travail par une innovation nosographique. A côté de l'hystérie, j'ai trouvé raison de placer la névrose des obsessions *(Zwangneurose)* comme affection autonome et indépendante, bien que la plupart des auteurs rangent les obsessions parmi les syndromes constituant la dégénérescence mentale ou les confondent avec la neurasthénie ». (Cité par J. Laplanche et J.-B. Pontalis, Bibl. N° 5, p. 284).

Inventaire sémiologique

11.10. Avant d'entrer dans une analytique peut-être susceptible, sans introduction, d'exposer l'obsession à quelque pulvérisation, il convient d'essayer de la définir dans un plan à la fois plus global et plus formel : fût-ce donc aussi avec les limites que cet effort connaît sans aucun doute dans les travaux classiques. Ainsi située, sinon cernée, l'obsession pourra être ensuite soumise à un inventaire selon ses modalités et à partir de ce qui nous

paraît rester en la matière le point d'appui le plus solide, la conception de Pierre Janet.

ESSAI PREMIER DE DÉLIMITATION FORMELLE

11.11. L'obsession peut occuper une place épisodique, plus ou moins fluide, fugace, accidentelle, à certains moments de tension ou de labilité de l'activité psychique la plus normale, sans qu'il apparaisse bien utile alors de la définir dans sa banalité. Elle est susceptible aussi d'être plus ou moins nettement repérable à l'intérieur de presque tous les groupements sémiologiques constitutifs des déviations pathologiques de l'activité psychique. Cependant il arrive qu'elle se distingue, tant par son relief que par sa persistance, jusqu'à conférer au psychisme intéressé un visage clinique si singulier que le porteur doit se trouver catalogué parmi les « obsédés ». On peut relever comme exemplairement introductif à cet égard le portrait-robot de l'obsédé-douteur tel que le campe Lévy-Valensi.

« Soit le douteur dans la vie courante. Il s'éveille, regarde l'heure à sa montre et juge qu'il a encore un quart d'heure à demeurer au lit, il remet sa montre en place, puis se demande s'il ne s'est pas trompé d'heure ; après avoir recommencé ce manège plusieurs fois, le voilà hors du lit. Alors commence le supplice de la toilette. Le lavage a-t-il été suffisant, n'a-t-il pas touché après ce lavage un objet qui pourrait avoir été souillé, nouveau lavage. De tels malades passent leur vie d'ailleurs, pourrait-on dire, les mains dans l'eau. Le choix des vêtements est tout un problème, l'habillage est lent et maladroit, parce que le sujet n'est pas sûr de ses idées élémentaires. Veut-il écrire une lettre, il hésite, serait volontiers enclin à remettre au lendemain ; s'il se décide, il a des hésitations sur l'orthographe, se précipite incessamment sur le dictionnaire, se relit plusieurs fois avant de faire le sacrifice de clore son enveloppe. Quand celle-ci est close, il

regarde, par transparence, si la lettre est bien incluse ; s'il a écrit plusieurs lettres il déchire les enveloppes dans la crainte d'une confusion. La lettre est terminée, le malade sort de chez lui, revient plusieurs fois s'assurer que sa porte est bien fermée ; le voilà devant la boîte postale, il regarde encore une fois l'adresse, entre dans le bureau pour ajouter un point sur un i ; la lettre est dans la boîte, le malade se retourne dix fois pour voir si elle n'est pas sur le trottoir. J'ai connu un malade qui, à ce moment, revenait sur ses pas pour demander au receveur si la lettre était bien dans la boîte. De tels patients vivent des vies de martyrs et martyrisent leur entourage. Ils sont en quête d'affirmations, de réconfort, de réponses qui calment momentanément l'anxiété de leur doute ». (Bibl. N° 10, p. 154-155).

11.12. Dans ces instantanés, saisis sur le vif et visant un groupe caractérisé d'obsédés communément admis sous l'étiquette de la « folie du doute », l'obsession n'apparaît plus comme un phénomène satellite, mais comme la trame même d'un certain type de fonctionnement psychique : comme la *forme* où s'inscrit la teneur du doute systématique. Sous réserve de ne pas perdre de vue ce condensé, où ce sont les enchaînements dramatiques qui s'avèrent court-circuités et ravagés par le truchement de l'esprit obsédé, on peut maintenant serrer davantage l'angle de prise de vue sur la forme obsessionnelle. Il faut la regarder non plus selon la coupe du programme élémentaire des activités de chaque jour, mais selon les paroxysmes qui, pour n'être pas immédiatement accusés dans la première incidence, se révèlent non moins consubstantiels à l'esprit obsédé lorsque l'observation sait effectuer la dépolarisation indiquée. Nous relèverons cette fois la description globale donnée par P. Juquelier. Sans s'enfermer encore dans l'intériorité de l'esprit obsédé, elle tente un pas de plus, rehaussant à la faveur d'un essai de

définition toute une série de traits cliniques objectifs et subjectifs que la perspective précédente laissait échapper. Il s'agit ici du « paroxysme » obsessionnel saisi dans ses « caractères communs », et, cette fois, quels que soient le contenu ou la substance sur lesquels travaille l'esprit obsédé.

« Dans le sens le plus large du terme, on doit entendre par obsession une pensée — émotion, idée ou volition — qui envahit le champ de la conscience, sans être évoquée par le cours normal des idées, et qui ne peut en être écartée. Elle est, en d'autres termes, involontaire et incoercible. En proie à l'anxiété la plus vive, et présentant tous les symptômes de l'angoisse (concomitant physique de l'anxiété), le sujet qui est sous le coup d'une obsession connaît le caractère anorma l, morbide, de cette pensée parasite ; il fait de vains efforts pour la chasser et n'y peut parvenir. Tant qu'il est sous l'empire de son obsession, le malade présente l'état émotionnel de l'individu qui attend une catastrophe imminente et inéluctable. C'est la décharge anxieuse qui ôte tout pouvoir de raisonnement et d'action utile. Quelques-uns sont immobiles, et leur physionomie seule reflète l'intensité de leur émotion pénible. La plupart se laissent aller à une agitation stérile, automatique, incoordonnée ; ils poussent des cris ou marmottent à voix basse, vont et viennent dans leur chambre, brisent, font des tentatives d'automutilation, comme s'ils comptaient sur la douleur physique pour les distraire de la douleur morale qui les étreint. Il n'est pas exceptionnel qu'un raptus suicide intervienne alors comme une sorte de moyen de défense suprême, mais non concerté. Pendant ce temps, le désir, la crainte ou la préoccupation tyrannique est la seule idée qui s'impose nettement à la conscience des sujets. Il ne faut donc pas exagérer la lucidité de l'obsédé. Celui-ci, dès que l'accès est terminé, se rend bien compte de son état maladif et en mesure rétrospectivement toute l'acuité. Par contre, durant

l'accès lui-même, non seulement il n'est guère plus maître de lui qu'un mélancolique délirant, mais encore il n'a qu'une conscience très imparfaite de ce qui n'est pas son anxiété et son idée dominante » (Bibl. N° 11, p. 142-143).

On peut maintenant concevoir très nettement que, depuis une quotidienneté et une conduite démantelées dans le chevauchement de ravages procédant conjointement par continuité et paroxysmes, on ait encore à circonscrire une sorte de nucléarité du registre obsessionnel ; en la serrant presque exclusivement selon son côté subjectif ou, du moins, selon ce que le discours de l'obsédé est susceptible de dire de son vécu. Les travaux classiques en la matière se sont essentiellement attachés à cet aspect. Toutefois leur validité phénoménologique, aussi bien que didactique, ne nous paraît pouvoir se soutenir que relativement aux précautions prises pour éviter que les légitimes parenthèses mises sur le contexte clinique ou psychologique ne reviennent à une liquidation dont le résultat le plus patent pourrait être un gauchissement jusqu'à la chosification de la subjectivité examinée. Muni de ces précautions, qui obligeront à remettre en temps voulu les traits formels de l'obsession en rapport avec leur contexte, on peut formuler ainsi classiquement ces traits.

Premier trait : la conscience

11.13. Quelle qu'en soit la matière, idéique ou affective, de volition ou d'appréhension, les perturbations obsessionnelles sont des perturbations *conscientes.* Elles emportent le psychisme du sujet, comme en atteste l'étrangeté de sa conduite et de ses programmes, mais elles ne détruisent jamais, ou jamais complètement, la distance du regard de l'esprit sur lui-même. Classiquement, ce critère clinique représenterait d'ailleurs le trait le plus remarquable de l'obsession qui la délimiterait le plus nettement dans le vaste champ sémiologique et qui fixerait

spécialement les frontières de l'obsession à la fois vis-à-vis de la conception délirante et de la suggestivité hystérique.

Mais encore faut-il s'entendre là-dessus, sans concevoir ce critère sous l'angle facile mais faux de l'atomistique. Comme le suggère d'ailleurs le propos de P. Juquelier que nous avons rapporté, la « lucidité » de l'obsédé ne va tout de même pas jusqu'à rester intangible dans on ne sait trop quelle extériorité par rapport au développement obsessionnel. A la vérité, la conscience apparaît ici comme le point limite d'une résistance acharnée à la bouleversante intrusion parasitante : mais immédiatement menacé et jusqu'en son tréfonds, ce qui ne saurait être de peu de poids dans l'horreur du vécu obsessionnel. Sans doute, si l'on peut s'exprimer à l'aide d'une topologie métaphorique, cette zone du travail de l'esprit est-elle celle qui résiste le mieux sous l'assaut : mais sans qu'on puisse apporter des précisions plus grandes, à moins d'accepter le risque de lui conférer un invraisemblable statut dichotomique. Cette ambiguïté de la conscience obsédée initialement relevée, on peut alors rapporter cette mise au point de A. Borel et M. Cenac :

« Tout d'abord, quelle qu'en soit l'intensité, le malade n'est jamais dupe et n'accorde pas de réalité extérieure au trouble dont il est envahi. Il sait que ce n'est qu'une obsession, c'est-à-dire une pensée ou un sentiment parasite, morbide par conséquent. Il le localise donc parfaitement en lui-même et comprend que son psychisme en est l'auteur. Son explication ne va d'ailleurs pas beaucoup plus loin et, le plus généralement, il s'étonne avec la plus entière bonne foi de la présence de l'idée obsédante, qui lui apparaît bien ainsi qu'on l'a dit comme « un corps étranger », mais corps étranger lui appartenant en propre, et qu'il reconnaît comme issu de lui, *étranger* seulement parce qu'il ne l'a pas appelé à sa conscience, en d'autres termes parce qu'il est venu là et s'y maintient par

des procédés inhabituels, contre quoi la volonté s'avère impuissante » (Bibl. N° 12, p. 587-588).

Deuxième trait : la contrainte

11.14. Quelle que soit la violence du phénomène sur le plan de l'effraction ou sur le plan de l'intensité ou de la durée, les perturbations obsessionnelles sont des perturbations qui surgissent sous l'auspice essentiel de la *contrainte.* Et l'on est ici, bien sûr, au cœur de l'obsessionnel : préalablement à toute hypothétique distribution topologique de l'esprit obsédé un peu trop communément conçu comme un champ de manœuvres pour des opérations militaires qui violeraient de prétendues règles habituelles de fonctionnement. Quoi qu'il en soit, on a multiplié classiquement les termes et expressions qui, imageant l'aspect primordial et fondamental de l'obsession, fixent aussi, linguistiquement parlant, le champ associatif de ce côté sémiologique : depuis la fameuse racine étymologique (obsidere : assiéger militairement) où tout est déjà inclus, ou de tous ces mots qui insistent, précisant et menaçant, sur l'« automatique » et le « parasitaire », l'« irrésistible » et l'« incoercible », l'« étranger » et le « forcé », à ces formulations qui soulignent l'« effraction » contre la volonté ou la « mise à la traverse » du travail instrumental de l'esprit, l'« intrusion » sur le mode xénopathique ou la « stagnation » des plus actives. En matière obsessionnelle, nous serions donc, si l'on en croit les qualificatifs d'usage courant, au comble de l'hétéronomie.

Toutefois, à ne pas pondérer cet aspect que l'étymologie met en vedette, on le force jusqu'à figer et, à la limite, gommer tout ce que P. Janet note, dans un très subtil mais très véridique retour, comme « développement imparfait » de ce type d'idée fixe, tout ce en quoi, se spécifiant ainsi dans la sémiologie névrotique, « elle manque de précision,

de certitude, de liberté ». De la sorte, il convient ici de relever une nouvelle ambiguïté en matière d'obsession et d'éviter, fût-ce pour des raisons didactiques, une unilatéralité qui, au plan formel, reviendrait à compléter son inexpugnabilité d'impénétrabilité — alors qu'il est évident que l'obsession, ne serait-ce que du point de vue du fond, appartient quelque part en même temps à l'esprit qu'elle assiège, suppose sa coopération en quelque façon active à une installation qui ne saurait être tout uniment étrangère, et aboutit là, au moins, à un mode de coexistence dont la singularité peut finir par faire figure de réalité première. A cet égard, on ne peut faire mieux que citer la pénétrante observation de P. Janet. « Chez l'obsédé, les idées durent non pas uniquement par elles-mêmes, mais grâce à la bonne volonté du sujet lui-même. Il souffre de son obsession, mais il y tient ; il croit que s'il ne pense plus au crime, il deviendra malhonnête ; que, s'il ne pense plus à la mort, il fera des imprudences et se portera mal. Il y a là une continuation active et non une durée automatique. » (Bibl. N° 7, p. 35.)

Troisième trait : la lutte anxieuse

11.15. Quels qu'en soient la forme ou la teneur, les paroxysmes ou la permanence, les perturbations obsessionnelles sont des perturbations qui se trament et s'installent, tanguent et trainent sur le fond indissociable d'une lutte et de l'angoisse. « Qui dit obsession, dit lutte », écrivent A. Pitres et E. Régis, disposition de l'esprit pour contrer et écarter « l'invasion de la puissance étrangère. » Une paraphrase s'impose : qui dit obsession dit angoisse ; il y a angoisse au départ, lorsque la menace porte jusqu'au point d'ultime vigilance de la conscience, comme il y a angoisse à l'arrivée, lorsque assiégé et assiégeant campent dans la ruse d'un compromis sans confort. Sans avoir à établir de hiérarchie d'importance au sein du vécu obsédé,

qui dit obsession dit lutte anxieuse à la façon d'une bipolarité motrice pour le fonctionnement spécifique de l'esprit ainsi inquiété. Cette lutte peut être plus ou moins spectaculaire ou plus ou moins masquée (depuis les sueurs froides de la sidération jusqu'au mutisme de la tension intérieure) ; elle peut apparaître de façon plus ou moins directe ou plus ou moins dérivée (depuis la panique syncopale des débuts jusqu'aux « manies » conjointement révélatrices et dissimulatrices d'une résistance à la longue usée) ; elle peut être plus ou moins immédiatement épuisante ou rituellement stéréotypée. Mais, de toute façon, cela a constamment pour débouché le plus évident une inefficacité totale à chaque fois. Aussi bien les classiques ne s'y sont pas trompés, qui ont tôt analysé l'impressionnante portée de la lutte anxieuse dans le développement obsessionnel, tels A. Pitres et E. Régis que nous citerons pour terminer. « Le plus clair résultat de cette lutte, c'est, en effet, de concentrer davantage l'attention sur l'idée à chasser, par suite, de la faire pénétrer plus profondément dans l'esprit... C'est ce que traduisent les malades quand ils disent que plus ils font effort pour chasser l'idée obsédante, plus elle s'impose tyranniquement à eux... On s'explique très bien, d'après cela, comment la lutte augmente d'autant les phénomènes d'émotivité pénible et comment à l'anxiété, à l'angoisse de se sentir envahi par une idée étrangère, se joint l'anxiété, l'angoisse de ne pouvoir la chasser » (Bibl. N° 2, p. 78-79).

Ainsi, la définition « formelle » du singulier phénomène de l'obsession paraît ne pouvoir être qu'approximative. D'une part, il n'est pas ici, à proprement parler, de noyau qui se laisse aisément dégager. D'autre part, la prise en charge globale du psychisme concerné risque de manquer ce qui y est pourtant une spécificité. De telle sorte que les meilleurs forages ne peuvent se tenter qu'en une charnière difficile à fixer et à la façon de cotes assez mal taillées. Il paraît possible d'avancer maintenant dans l'inventaire

sémiologique, sans avoir à revenir désormais sur des précautions assez nettement marquées à notre sens par les difficultés de la définition formelle de l'obsession. Dans le détail des figures cliniques qui va suivre, on devra pourtant conserver en mémoire les pièges formulés dans ce chapitre.

CLASSIFICATION DES MODALITÉS DE L'OBSESSION

11.16. Avant Pierre Janet, il était classique d'aborder ce domaine, et d'y procéder à des rangements, en fonction de la division traditionnelle des facultés mentales. Selon que l'obsession porte primordialement sur la sphère de l'affectivité, de l'émotion, sous la forme de cette crainte, de cette peur dite phobique, sur la sphère de l'intellection, de la pensée, sous la forme de cette idée stagnante dite obsédante, sur la sphère de la volonté, sous la forme de cette velléité dite impulsion, on distingue donc des *obsessions phobiques,* des *obsessions idéatives,* des *obsessions impulsives.* On conserve encore souvent ce système de découpage pour sa commodité : mais tout en notant, en même temps, son caractère arbitraire, pour autant qu'en règle générale un même registre obsessionnel soit simultanément ou successivement phobique, idéatif, velléitaire. Ces aspects d'ailleurs ont été plus qu'aperçus par les classiques, qui étaient peu dupes du formalisme qu'ils instituaient : preuve en est par exemple, lorsque Ball marque qu'en elle-même l'idée obsédante est déjà une « impulsion intellectuelle » ou lorsque Pitres et Régis notent que la « phobie de l'impulsion » est la contrepartie assez nécessaire de l'obsession impulsive ; ou encore lorsque Féré écrit que « toute idée d'un acte est un mouvement qui commence » et lorsque Pitres et Régis relèvent que cliniquement l'idée obsédante apparaît à la longue comme l'« intellectualisation » de la phobie initiale.

Pourtant, nous nous référerons ici à la classification de Pierre Janet, et non tant, puisqu'il s'agit ici d'inventaire sémiologique, pour son éventuelle validité psychologique que pour ses mérites cliniques sur les plans conjugués de l'unification et de la synthèse en matière d'obsessions. A cela plusieurs raisons : (1) elle met fin à la disjonction formelle de l'obsédant et de l'impulsif, en anticipant donc déjà sur ce qui deviendra, dans l'usage ultérieur, la notion de compulsion ; (2) elle enveloppe la pseudo-autonomie du phobique en en rangeant le registre dans un cadre singulièrement élargi sur le double plan de la sémiologie objective et subjective, celui des « agitations forcées », dont il ne représente plus désormais que le côté émotionnel ; (3) elle sort de l'ombre, sous ce titre général, le détail impressionnant d'une symptomatologie décisive dans ses modalités embryonnaires, encore qu'estompée d'habitude comme contexte contingent de l'obsession. Nous envisagerons donc brièvement la teneur de ce rangement.

Les idées obsédantes et impulsives

11.17. Ce chapitre est à la vérité formé, dans son exposition, par une introduction qui souligne un fait auquel les divisions classiques ne donnent pas son véritable relief : à savoir que les malades affligés d'obsessions-impulsions ont « une peine infinie à parler avec précision » de leurs épreuves. Fait d'importance majeure en effet que l'« aveu » se fasse ainsi dans « une manière perpétuellement incomplète, obscure et embarrassée » pour ce qu'il signifie de distinctif, de différentiel dans ce qu'on appellerait aujourd'hui le vécu obsessionnel, et qui est bien retenu comme tel par Janet, comme premier jalon clinique de l'incomplétude. Mais il en résulte aussi que la saisie du compulsif, tant dans la forme que dans le fond, est vouée à une sorte de flou originel. De sorte que l'auteur s'oriente

d'emblée vers les « quelques idées principales » qui, « d'une manière plus ou moins vague », comme il le dit sans ambages, lui paraissent constituer le fond des obsessions-impulsions. A la différence de ses prédécesseurs, Janet ne force pas ici la forme. Du même coup, si l'on a pu dire qu'il est « autant d'obsessions qu'il peut naître de pensées dans le cerveau humain » (Régis), il n'en va plus tout à fait de même pour Janet : s'il reconnaît que la liste pourrait être interminable, il fixe tout de même, autour de 1903, les pôles majeurs, autour desquels gravite l'obsession en clinique.

11.18. D'un côté, c'est le ***thème du sacrilège*** et le ***thème du crime*** qui, croyons-nous, peuvent être rapprochés. En effet, l'incongru de la compulsion prend dans les deux cas le contrepied des habitudes religieuses ou morales des intéressés (c'est l'angoissant « contraste » des classiques). Ce sont des intrusions insistantes d'idées ou d'images dont l'obscénité et la perversité laissent pantois ceux qui ont à en lire ou en écouter les évocations : le malade évoque, par exemple, des hosties profanées d'excréments ou de sperme, le cœur du conjoint percé de poignards, des cataractes de blasphèmes les plus vulgaires, des scénarios minutieux et complaisants de viols ou d'infanticides avec des détails crucifiants par la précision, telle la pointe qui crève l'œil du propre enfant, etc. Et toutes ces images se placent simultanément dans les registres de l'irréalisable et du tentant ; ce sont autant de représentations monstrueuses mais auxquelles c'est l'obsédé lui-même qui est convié et impliqué, à la façon d'un acteur potentiel dans des drames dont la seule réalité est celle du fantasme.

11.19. D'un autre côté, c'est le thème de la *honte de soi,* thème qui se différencie à certains égards de la *honte du corps,* coexistant avec les précédents ou isolés, moins spectaculaires sans doute mais non moins éprouvants. Ici,

ce n’est plus un contraste qui fait la matière de la compulsion mais le domaine moral ou le domaine physique propre de l’obsédé, dans sa totalité ou telle de ses parties, dans son état ou dans son fonctionnement. On serait de prime abord tenté d’évoquer l’auto-accusation mélancolique devant tel ou tel de ces malades qui incriminent péjorativement leur intelligence ou leurs sentiments, leurs perceptions ou leurs imaginations, si la persistance d’une distance de la conscience, la contrainte hétéronomique et la lutte anxieuse ne signaient pas nettement le compulsif — en fait, si les « je me figure » ou « il me semble » du langage employé ne situaient pas le vécu correspondant dans un tout autre lieu que celui de l’adhésion mélancolique. Lorsque c’est la personne physique qui est incriminée, de l’obsession de sentir mauvais ou de rougir à certaines anorexies en passant par toutes sortes de hontes du sexe, des seins, des mains, etc… c’est au fond la même obsession-impulsion mais fixée et localisée. Ce registre est difficile à démêler parfois du registre hypochondriaque, d’autant plus que la frontière fluante en est parfois franchie quand la dérivation obsédante se porte sur la santé, sur la vie, sur la folie. Quoi qu’il en soit, on retiendra que dans ce second pôle compulsionnel comme dans le premier, l’implication reste foncièrement personnelle. Elle comporte au fond la même note extrême de péjoration ou de négation, le même décor subjectif d’oscillations, de débat, de doute, d’incomplétude, la même ambivalence dans un tourment peut-être d’autant plus accusateur que vécu ici encore selon l’écart du fantasme.

Les agitations forcées

11.20. L’ordre apporté par Janet dans ce champ sémiologique de l’obsession communément négligé, ou trop parcellairement étudié, représente sans doute le

couronnement de sa classification. On sait déjà qu’il considérait comme essentiel le développement incomplet du phénomène nucléaire lui-même. Il s’attache ici au repérage et à la nomenclature de ce qui est encore plus incomplet sur le plan formel dans le fonctionnement habituel de l’esprit obsédé. Et cette incomplétude n’est pas seulement satellite de l’obsession-impulsion. En effet la sphère de la contrainte n’est pas épuisée par le développement des thèmes, mais elle se prolonge, en accompagnement ou de façon autonome, par rapport à l’obsession proprement dite, sous la forme d’autres forces contraignantes qui portent sur le penser, l’agir, le sentir et qui sont aussi bien vécues que repérables selon un mode distinct. L’unité de ce que Janet appellera désormais « agitations » est marquée, quelle qu’en soit la sphère d’application, par des activités à la fois incoercibles et caricaturales, « de niveau inférieur » selon ses termes, stériles, répétitives et avortées, dérivées et substituées. Mais sous les auspices d’une incomplétude poussée ici à son extrême, l’inventaire de ces agitations forcées sera délicat, car le malade ne facilite rien dans sa réticence à mettre au clair un ordre de tourments que son aspect ridicule le porte plutôt à dissimuler. Voyons maintenant rapidement la gradation qu’établit la classification de Janet au sujet de ces agitations forcées.

Les manies mentales

11.21. Les manies mentales viennent en premier lieu, pour ce qu’elles ont, comme dit l’auteur, « le rapport le plus étroit avec les obsessions ». Formellement, en effet, il s’agit de bavardages plus ou moins distinctement formulés ou« d’opérations intellectuelles interminables » sans explicitation, qui peuvent aussi bien s’entrelacer aux assauts des obsessions thématiques que constituer une sorte de lacis qui sépare les moments de paroxysme.

Quelles qu'elles soient, leurs caractères communs sont l'imposition, l'inadéquation, l'inefficacité. Janet les a divisées et subdivisées en une telle quantité qu'une simple nomenclature serait lassante. Nous nous bornerons donc aux exemples les plus typiques. Ici ce sont les *manies mentales de l'oscillation* où l'intoxication du penser ou du parler prend la forme d'un balancement interminable fait d'hésitation, de délibération, d'interrogation dans une sorte d'impossibilité pour l'esprit d'aboutir à une conclusion, de se rendre à une évidence, de parvenir à une décision. Là ce sont les *manies de l'au-delà* où l'instabilité compulsionnelle ne se porte plus sur les deux termes d'un impossible choix mais fait effondrer ce seuil pour d'autres tourments. Par exemple, dans *l'onomatomanie* (Charcot et Magnan) où l'« au-delà » est représenté par des groupes de mots à répéter mentalement ou verbalement dans un ordre qui ne saurait qu'être parfait. Or il ne peut pas l'être, bien sûr ; il ne l'est donc jamais ; il est alors repris des heures durant, et l'angoisse passe à son comble si d'aventure un mot manque ou rate dans la formule sacramentelle. Autre exemple, dans *l'arithmomanie* où le scénario mental ou verbal est somme toute le même, à la nuance toute formelle que le dérivatif passe cette fois par des groupes de chiffres ou des calculs mentaux parfois impressionnants. Ailleurs ce sont les *manies de la réparation* où l'impulsion contraignante prend plutôt la forme, toujours aussi répétitive, toujours aussi perfectionniste, toujours aussi incomplète, d'un bavardage intérieur ou extérieur sur des thèmes d'expiation, sur des serments ou sur des pactes. Le registre compulsionnel devient alors peut-être plus manifestement conjuratoire et gestuel.

Il faudrait aussi citer les manies du symbole, de la symétrie ou des présages, de l'extrême ou de l'infini, de la recherche sur le passé ou l'avenir, etc. Mais, à trop pousser ces cloisonnements, de formules aussi diverses à la limite que sont diverses les observations de malades, on finirait

par perdre de vue l’unité de ces agitations mentales improductives. Les passages d’une variante à l’autre sont au moins aussi importants que leurs fixations, qui sont parfois très tranchées, mais qui renvoient plus souvent les unes aux autres ; ces variantes coexistent ou se succèdent — et elles restent hors de portée, dans leur incomplétude essentielle, du schématisme le mieux intentionné. D’ailleurs, il est aussi des cas où la compulsion perd tout trait quelque peu systématisé, où son bavardage intérieur ne se spécialise plus dans tel registre de précaution ou de comparaison, de vérification ou de précision, mais prend la forme de la « rumination mentale » (Legrand Du Saulle). Celle-ci est faite d’un inextricable mélange de raisonnements et de suppositions, de mots ou d’images sans suite, comble de l’agitation forcée au plan du penser.

Les agitations motrices

11.22. Plus décalées sans doute par rapport au caractère nucléaire de l’obsession-impulsion, les agitations motrices peuvent occuper parfois, dans sa périphérie parasitaire, une place de premier plan : lorsque, comme dit Janet, « une sorte d’agitation semble se dépenser en mouvements accompagnés d’une somme de pensée assez minime ». Se développent alors, mais toujours pour ainsi dire à la façon de « travaux forcés » de signature compulsionnelle, soit des *crises* (crises de marche, où l’obsédé ne sait tenir en place, va et vient indéfiniment ; crises d’efforts, où le mouvement forcé prend la forme de contorsions répétitives plus ou moins complexes ; crises de paroles, faites de déluges cathartiques de mots) ; soit (et plus fréquemment), des *tics* où se dessine encore mieux le relief de l’ébauche et de la caricature, de l’intempestif et de l’inefficace.

Sans doute, Janet n’innove-t-il pas là entièrement. Les tics notamment étaient depuis quelque temps étudiés de

façon très sérieuse (Trousseau, Charcot, Brissaud). Mais il marque leur consubstantialité au psychisme compulsionnel, et notamment le rapport interne de leur production aux manies mentales antérieures. Ainsi, tel comportement étrange d'agenouillement en série répondra à une manie d'expiation plus ou moins latente, larvée ou manifeste ; tel petit geste de la main, stéréotypie négligeable de prime abord, se révélera, dans une lecture plus ou moins facile, comme la contraction et la rétention conjuguées d'un signe de croix itératif relevant d'une manie de conjuration. Et à l'inverse, toute manie mentale authentifiée, jusqu'à l'onomatomanie ou l'arithmomanie dans ce qu'elles peuvent avoir de conjuratoire (par exemple en leurs exploits cabalistiques), peuvent s'assortir, dans des condensations ou déplacements symboliques plus ou moins compliqués, de tel ou tel tic dont la signification est lointaine et très médiatisée. Bref, vues ainsi de près, les agitations motrices des obsédés apparaissent comme étant bien plus que des bavures ou des doublures au tableau clinique. Il faut d'autant plus les connaître dans leur singularité, même si l'inventaire exhaustif est impossible, que, encore une fois, la honte habituelle chez l'obsédé pour tout ce qu'il éprouve, trouve dans leur ridicule son éminent point d'application. Il compose sur ce plan les plus étranges conduites, où l'effort de retenue et de camouflage défigure ou surajoute encore à ce qui, déjà en soi, tend à l'avortement comme à la parodie.

Les agitations émotionnelles

11.23. Les agitations émotionnelles constituent la dernière sphère de la périphérie de l'obsession, et non des moindres, puisque les « émotions forcées » enveloppent les angoisses diffuses, les « obsessions panophobiques », comme les phobies, les « obsessions monophobiques » des prédécesseurs de Janet. Passons vite sur les premières,

encore qu’elles aient un incontestable intérêt nosographique pour articuler l’anxiété diffuse plus ou moins permanente de certains obsédés aux confins de la névrose d’angoisse. Retenons davantage les phobies qui ont fait couler tant d’encre. Avant Janet, considérant que « tout ce qui existe peut servir de thème à la crainte anxieuse » (Régis), on a multiplié les casiers du registre phobique ainsi que les classifications, en les fondant sur des critères essentiellement extérieurs. Ce fut le temps d’un interminable effeuillage à base de racines grecques en vue d’une nomenclature qui n’en était pas pour autant exhaustive. Citons pour exemple : parmi les « phobies des objets », celle de la saleté ou *rupophobie,* celle des épingles ou *bélétiophobie ;* parmi les « phobies des situations », celle des grands espaces ou *agoraphobie,* celle des espaces restreints ou *claustrophobie* ; parmi les « phobies des anomalies », celle des maladies ou *nosophobie,* celle de la rougeur émotive ou *éreutophobie,* etc.

Avec Janet le registre phobique est complètement repris en tant que composante dans l’unité de la compulsion. D’une part, il marque nettement la solidarité de ses différentes formes, pour autant qu’un même obsédé puisse connaître aussi bien l’agoraphobie que telle peur vertigineuse des objets pointus ou de la poussière. D’autre part, il souligne le « changement très facile » chez un même sujet en matière d’agitation forcée : le passage, par exemple, de telle ou telle monophobie à l’angoisse diffuse, ou à une crise de marche ou de parole, ou à une rumination mentale. Enfin, dans cette unité d’ensemble de la compulsion, il croit pouvoir unifier le registre phobique lui-même en le rapportant radicalement à une pathologie de l’acte. Si, classiquement, « c’est la phobie qui empêche l’acte », Janet est d’avis contraire et il écrit très fermement : « ma thèse sur ce sujet a consisté à renverser ces termes ». Quoi qu’il en soit, sa classification a des

racines solides au regard de ce que propose la pratique clinique. Elle distingue :

- des *phobies du corps* où se rangent les *phobies des fonctions* corporelles *(basophobie* notamment, où l'impossibilité de la marche cloue le sujet au lit ; des phobies plus partielles portant sur la digestion, la défécation, la vision, etc.) ; les *algies,* qui sont des ensembles plus complexes et plus fixés, sous le masque de la douleur devenue permanente en dehors de tout engagement de la fonction ou région du corps incriminée ;
- des *phobies des objets,* beaucoup plus fréquentes ainsi que l'admet Janet, qui enveloppent toutes ces peurs (complaisamment détaillées par les auteurs classiques) des couteaux, des épingles, des objets pointus, des plumes, des poussières, des fleurs, des bijoux, des métaux, des matières grasses, etc. Il est cependant souligné que « l'objet n'est ici qu'un symbole » et que l'essentiel du phobique reste un acte que l'obsédé a à accomplir et qu'il ne parvient pas à accomplir ;
- des *phobies des situations,* avec notamment, *l'agoraphobie* de Westphal ou la claustrophobie de Beard, *l'éreutophobie* aussi en tant que phobie d'une « situation sociale ». Le dénominateur commun reste ici aussi, sous la fixation secondaire, l'incapacité ou l'extrême difficulté à sortir, à rester en espace clos, à affronter un public ;
- des *phobies des idées,* qui ferment le cercle enfin de l'impressionnant registre de l'obsession, en tant qu'accompagnement émotionnel pour tous les thèmes obsédants et impulsifs qui ont été envisagés au commencement de ce chapitre.

Organisation clinique

11.24. Nous en resterons ici à un exposé délibérément schématique pour ce qu'il nous apparaît avoir une assez exacte conformité avec les obscurités que connaît toujours le domaine clinique de l'organisation obsessionnelle sur les plans des antécédents, de la structure, de l'évolution, que ces plans, soient pris séparément ou dans leurs relations internes. Nous nous bornerons donc aux aspects que l'étroite ouverture de la pratique psychiatrique permet d'entrevoir du drame obsessionnel, en nous rappelant combien ils peuvent être en eux-mêmes tronqués et fragmentaires.

Il faut en effet convenir que tel ou tel ordre de données puisé au plan des antécédents peut porter vers des considérations de genèse ou de constitution, ou encore que tel ou tel enchaînement de faits observés sur le plan de la structure peut ouvrir à la compréhension d'une certaine dynamique de l'obsession. Nous estimons toutefois ne pas avoir à sortir ici de ce qui est immanent à la clinique, faute de modèles satisfaisants pour permettre des systématisations indiscutables. Pour des raisons didactiques, l'ordre de notre exposé restera fidèle à la tradition, bien que, pratiquement, les problèmes de structure se présentent en règle générale dans un ordre antérieur à celui de l'anamnèse.

LE PLAN DES ANTÉCÉDENTS

11.25. Le plan des antécédents ne s'impose pas d'emblée dans la pratique habituelle : soit que le parcours vers telle ou telle modalité obsessionnelle caractérisée s'opère par de discrètes ramifications ou transitions, soit que l'obsédé, tout à l'intime corps-à-corps avec l'infirmité culpabilisante qui l'assiège, évite ou néglige longtemps d'en faire confidence. La situation concrète est donc en règle générale conforme en pratique à ce qu'en disent A. Borel et M. Cenac.

« Il est rare d’assister en clinique aux premiers stades qui suivent l’apparition d’une obsession. Des mois, des années s’écoulent parfois avant que le malade effrayé ne se décide à venir consulter un médecin. Et l’on se trouve alors en présence d’un état organisé, plus ou moins fixé, souvent extrêmement différent de ce qu’il était au début, soit que de nouvelles obsessions se soient substituées à la première, soit qu’un processus de défense du sujet ait entraîné l’apparition d’une série de trucs psychologiques destinés à combattre les troubles. On apprend d’ailleurs généralement que l’obsession elle-même avait été précédée d’incidents, à la vérité discrets, auxquels le sujet lui-même n’attachait que fort peu d’importance, mais qui, vus avec un certain recul, apparaissent comme suspects et auraient dû déjà faire penser soit à l’existence d’un état névrotique avec minimum de symptômes, soit à une sorte de disposition rendant le sujet particulièrement apte à présenter un jour des obsessions. » (Bibl. N° 12, p. 592).

Quand, devant un état habituellement constitué de longue date donc, le malade se décide enfin à consulter, l’anamnèse peut proposer en un bouquet plus ou moins riche une série d’indices biographiques. Cependant les traits déjà peu patents sont encore estompés souvent par des difficultés de remémoration ou d’expression qui peuvent, elles, parfois, devenir significatives. C’est ainsi qu’on pourra relever :

- des tics de l’enfance, qui le plus souvent se détachent mal de ce cadre banal, mais qui sont quelquefois plus évocateurs lorsque leur tonalité est phobique ou que leur structure est déjà conjuratoire. Naturellement il faut savoir peser longuement les données sans se livrer à des inductions hasardeuses pour pouvoir repérer rétrospectivement ces notes obsessionnelles dans l’énoncé de telle « peur d’avaler » ou dans telle ou telle esquisse gestuelle stéréotypée ;

- une conduite scolaire marquée par l'irrégularité, bien qu'elle présente en contraste — mais tout est dans ce contraste ! — des possibilités avérées, voire des éclairs intermittents. L'irrégularité apparaît alors en étroite relation avec la fatigabilité, mais ce dernier aspect ne peut être pris en considération qu'à condition d'être soigneusement séparé de ce qui peut revenir à l'accident ou à un style d'existence chétive, dans lequel la famille cultive plus ou moins le sujet ;
- un passage pubertaire où l'apparente timidité a camouflé mais accusera maintenant rétrospectivement des traits d'hésitation, de doute, de scrupule. C'est alors moins en eux-mêmes qu'ils se différencient d'un des registres de la crise d'originalité juvénile que dans l'éclairage apporté par leurs prolongements ;
- un début dans la vie professionnelle soumis à des oscillations assez parallèles ; avec, dans la figure type, départ non sans brio, abandon faiblement motivé, piétinements stériles, reprises mais déjà toutes velléitaires et formelles ; ou encore, selon une figure rigoureusement inverse, mais non moins insolite, avec un assujetissement total qui fait surenchère à un cadre définitivement et inexorablement assumé sans la moindre faille.

Ces données sont fragiles, rares aussi, et leur intérêt propre s'amenuise à mesure qu'on avance dans le temps et qu'on se rapproche de l'actualité d'une personnalité faite. On pousse alors plus loin l'investigation dans cette direction, selon les deux cadres de référence que nous propose aujourd'hui le savoir en la matière.

Références psychasthéniques

11.26. C'est ici que peut prendre toute sa valeur la longue analyse de Janet définissant un état mental permanent chez ces malades par le truchement de

« stigmates psychologiques » et les fixant selon deux pôles. Le premier est celui des « sentiments d'incomplétude » avec ses composantes d'indécision, de gêne, de difficulté, d'incapacité dans l'action, ou encore d'étrangeté, d'indifférence voire de perturbation plus instrumentale dans les opérations intellectuelles et du type doute, perception incomplète, entrave de tous ordres. Le second est celui des « insuffisances psychologiques » avec ses composantes d'indolence, d'irrésolution, de faiblesse des efforts, de fatigabilité, de propension à l'inachèvement ou au désordre etc. Plutôt que livrer ici tout un luxe de détails et pour autant qu'il s'agisse d'une impression globale d'impuissance et de fatigue qui « infiltre » (Lauras) toute l'activité psychique, nous préférons rendre sensible cet ensemble de faits au moyen d'un texte de Juquelier qui les résume : « Il ne faut pas chercher la caractéristique essentielle du terrain psychasthénique dans le trouble isolé d'un des modes de fonctionnement cérébral : ce qui favorise le développement de l'affection, ce n'est pas spécialement l'aboulie, ce n'est pas le doute, ce n'est pas non plus cet état affectif spécial d'inquiétude permanente, d'insécurité, forme atténuée de l'anxiété. C'est tout cela à la fois qu'il est difficile d'exprimer par une formule générale, et que les plus habiles n'ont pu définir d'une manière assez heureuse, pour que l'esprit soit satisfait de la définition et s'en tienne là. C'est bien le dynamisme mental tout entier qui est troublé : qu'il s'émeuve, qu'il raisonne, qu'il décide ou qu'il agisse, le futur psychasthénique n'est jamais satisfait du rendement de son travail psychique ; il a l'impression de l'imparfait, de l'inachevé ; il doute perpétuellement. » (Bibl. N° 11, p. 137-138).

Références psychanalytiques

11.27. Il s'avère que le « caractère anal » de l'école freudienne, quelques réserves que l'on fasse sur les théories psychanalytiques, n'est pas de moindre valeur en pratique ; il recoupe d'ailleurs parfois les traits psychasthéniques, bien qu'il se situe dans une toute autre perspective. C'est ainsi qu'on pourra observer dans la personnalité de l'obsédé tel ou tel trait évocateur : ici la tendance à l'entêtement voire à l'autoritarisme ou encore le collectionnisme plus ou moins assorti d'avarice qui seraient typiques de la « rétention anale » ; là, au contraire, la prodigalité, mais à la vérité compensatrice en tant que formation réactionnelle à la même donnée de base ; ailleurs, la surpropreté, la minutie jusqu'à la méticulosité, le conformisme, l'hypermoralisme, toujours dans la gamme des moyens de défense, conjointement d'expression et de camouflage, à l'égard de cette « saleté » originelle qui serait propre à la fixation anale.

AU PLAN DE LA STRUCTURE

De la compulsion à la défense obsessionnelle

11.28. A en rester encore une fois à la littéralité de ce que manifeste la clinique, et sans en inférer cette « stratégie » (Green) en profondeur chère aux psychanalystes, il saute aux yeux que le recours aux « moyens de défense » fait partie intégrante de la compulsion. Dès l'essai de « définition formelle » de l'obsession, on remarquait qu'au vertige et à la contrainte internes répond la lutte anxieuse, mais que son aspect frontal par « effort de volonté » (Pitres et Régis) se solde régulièrement par un échec et par une recrudescence. La dérivation vers une défense plus passive, plus détournée, paraît bien poindre en cet autre lieu d'inachèvement et d'impuissance dans la lutte contre l'obsession. A ce niveau, on est aux antipodes d'une stratégie : il s'agit tout au plus

de tactiques au jour le jour, profondément marquées elles aussi du sceau d’incomplétude, de dégradation, de désordre. Elles ne dépassent pas le plan du « truc », de l’« artifice », du « subterfuge » dont parlent les descriptions classiques et selon des enchaînements, des contractions, des survivances, des contaminations qui, pour aboutir à d’inextricables et illisibles réseaux de stéréotypies dans toutes les dimensions du psychisme ou de la conduite, n’en contribuent pas moins à éclairer certaines figures de l’organisation clinique.

On a d’ailleurs perçu cette participation dès avant Freud ou Janet. Ainsi chez Pitres et Régis, par exemple, dans cette espèce de gradation que formule leur classification des « moyens de défense » des obsédés. A côté de moyens préventifs, tels ceux de ces malades qu’ils citent qui, pour annuler tout retour de rougeur émotive, réclament une intervention chirurgicale sur la carotide ou un tatouage du visage, les mesures destinées à combattre ou à atténuer ce qu’ils appellent les « accès » contribuent de façon patente au carrousel sans fin de l’obsession. Lorsque, dans le cadre des premières, le malade s’efforce de fixer son attention ailleurs, de penser à autre chose, de faire autre chose, d’exécuter un acte inutile, de détourner son attention vers des évocations de mots ou de chiffres, le seuil commence à s’effondrer dangereusement vers les agitations mentales ou motrices décrites par Janet. Lorsque, dans le cadre des secondes, faisant la part du feu, ils tentent plutôt d’estomper l’impact par des gestes en principe plus adéquats, tels que lavages fréquents des mains, port de gants, changements de linge en cas de folie du toucher, ou signes de croix, génuflexions en cas d’obsessions sacrilèges, d’autres figures se préparent non moins dangereusement pour des compositions ébauchées et avortées, furtives et répétitives, qui balaieront, jusqu’au « tic », dans la honte et le débordement, toute la recherche première d’une adéquation. Sans compter ces cas où, par

déplacement et substitution, le moyen de défense lui-même devient « point de départ » d'une obsession nouvelle dans des chaînes compulsionnelles complexes où débrouiller ce qui est commencement ou fin devient un savant décryptage.

Du rite défensif à la ritualisation de la quotidienneté

11.29. Quoi qu'il en soit, motivés mais inefficaces, esquissés et avortés, intentionnels et forcés, caricaturaux mais itératifs, les moyens de défense se mettent à faire figure de pis-aller : mais ce sont des pis-aller indispensables dans leurs fonctions de compromis conjuratoires. Le rite devient ainsi un des axes de la conduite comme du fonctionnement psychique obsédé ; et on a souvent souligné l'appartenance magique de cette pensée et de ce comportement qui vont en se dégradant dans l'ordre du cérémonial. Car le rituel tend à se compliquer. Il tend à s'enrichir tyranniquement pour les moments les plus simples de la journée : l'habillage ou le repas peuvent durer des heures dans un ordonnancement rigide et traînant de gestes parasites, les actes biologiques élémentaires, le travail, le loisir peuvent s'assortir de toute une procédure dont les éventuelles fonctions défensives initiales tendent à se vider de leur teneur initiale pour maintenir néanmoins quelques restes assez méconnaissables des formes adoptées.

Ainsi s'achemine-t-on vers cette « ritualisation de la vie » qu'évoquent H. Ey, P. Bernard, Ch. Brisset. Dérisoires, grotesques, de prime abord, ces interminables emplois du temps, où paraît s'épuiser stérilement toute l'énergie du sujet, ne se maintiennent pas pourtant par on ne sait quel mystérieux poids propre. Quelles qu'en soient les formules, aussi diverses que les malades, et aussi peu dupes qu'en soient ceux-ci qui les redoutent au moins autant qu'ils ne les appellent, ces « réseaux psychomoteurs obsessionnels »

(Lauras) assurent tout de même une certaine diffusion ou dispersion de la tension compulsive. Aussi dévastateurs qu'ils puissent être au niveau de la vie quotidienne dans les formules extrêmes, ils conservent quelque reliquat, fût-ce lointainement et paradoxalement, de leur lieu de naissance défensif.

LE PLAN DE L'ÉVOLUTION

11.30. On conçoit ainsi aisément que, d'antécédents ténus mais inquiétants et de structure dont l'enchevêtrement peut constituer « un tissu très serré, difficile à dissocier » (R. Pujol et A. Savy), le pronostic de l'obsession avérée se place sous les auspices d'une sévérité de principe. Toutes les évolutions ne sont pas aussi irrémédiablement destructrices ou aussi amplement dévastatrices. Et on a, depuis toujours dans le domaine de l'obsession, avancé des distinctions dont la plus ou moins ferme assise théorique s'affectait, implicitement ou non, d'un coefficient lié au pronostic. Par exemple, dans la distinction, reprise de Seglas, et immédiatement parlante sur le plan envisagé, de formes constitutionnelles et de formes acquises chez Pitres et Régis ; ou encore, plus près de nous, dans la différenciation d'une *grande névrose obsessionnelle* et de *formes accidentelles d'obsession* chez Borel et Cenac. On a aussi opposé au pessimisme dernier de la vision « psychasthénique » de l'obsession, entièrement soumise à l'hérédité et à la « disposition constitutionnelle » (Juquelier), l'optimisme, au moins théorique, de la vision freudienne, pour autant qu'en concevant la genèse et le développement en termes de rapports et d'équilibre de forces en action et sujettes donc à modification. On a tenté enfin de démarquer, à partir notamment de ces formes qui s'aggravent impitoyablement jusqu'à l'invalidité, des formes mineures dites des « petits obsédés » — obsédés sans obsession ni phobie à la

vérité — les plus « purs » peut-être parmi les « psychasthéniques » dans la filiation de Janet.

11.31. Si cette perspective mérite incontestablement crédit, encore qu'elle joue parfois en des fontières incertaines sur les versants du phobique et de la personnalité dite « psychopathique », le pronostic reste pourtant sérieux en cas d'organisation obsessionnelle avérée. Et, à cet égard, on maintient aujourd'hui, dans l'ensemble, trois grands cours évolutifs, sans pour autant d'ailleurs être à même d'en dégager nettement les coordonnées responsables respectives.

(1) A un pôle, le plus rare semble-t-il, l'évolution se fait dans le sens d'une aggravation permanente et progressive jusqu'à l'invalidité sociale complète. La symptomatologie obsessionnelle se développe là « d'une façon exhubérante, à la manière d'une tumeur maligne » (Borel et Cenac), sans rétrocession des groupes sémiologiques constitués, bien plutôt dans une extension lente, procédant par paroxysmes plus ou moins nets jusqu'à un plateau assez tardif. A ce stade se fixe cette « stéréotypie automatique des rituels » dont parlent H. Ey, P. Bernard, Ch. Brisset, dans un contexte où le programme quotidien parasite se déroule dans l'isolement apragmatique, l'abandon de l'hygiène élémentaire, la réduction de ce qui reste de « vie » au végétatif.

(2) A un autre pôle, moins rare, plus heureux aussi, si l'on ose dire, l'évolution est celle d'une lente neutralisation où, à la longue, après des années de hauts et de bas, d'apaisements relatifs et de rallumages, d'essais-erreurs pris en considération, d'échecs aussi, dont leçon est tirée pour ce qui peut ou non être risqué « dans la vie », paraît l'emporter ce qui, dans l'organisation obsessionnelle, est compromis. Ces malades parviennent à s'installer alors dans « une sorte d'organisation bureaucratique et formaliste de l'existence » (H. Ey, P. Bernard, Ch. Brisset)

où les cérémoniaux moins lancinants peuvent par exemple s’accommoder d’une vie professionnelle, voire familiale.

(3) A un dernier pôle enfin, l’évolution sera plus fluctuante, voire à éclipses. Bien sûr, sur le plan du pronostic, ce sera le type évolutif de loin le plus favorable, d’autant qu’il n’est pas rare que, dans cette éventualité, les rémissions se prolongent des années durant ; d’autant encore que, si les « crises », sans rythme régulier dans leur intermittence, peuvent elles aussi se maintenir plusieurs mois ou années, le sujet peut, dans les périodes quelquefois longues d’apaisement qui les séparent, connaître une vie à peu près normale ; il est protégé d’ailleurs par l’ordre rigoureux qu’il a su, là aussi, imposer à sa vie, plus ou moins difficile sans doute pour son entourage, plus ou moins difficile aussi pour lui-même dans sa rigidité, sa minutie ou tous autres petits traits qu’évoquent les catégories de la psychasthénie ou de l’anal.

Sans doute, voudrait-on dire plus et mieux du devenir de l’obsédé. Encore faudrait-il certainement que la traditionnelle impuissance médicamenteuse ou psychothérapique n’y fasse pas un écran supplémentaire, intercurrent à cette conjugaison du sombre et de l’obscur qui constitue déjà la matière du pronostic dit spontané.

Bibliographie

[1] S. FOLLIN. Enseignement pour la préparation au médicat des hôpitaux psychiatriques : Années 1949-1950-1951 (non publié).

[2] A. PITRES et E. REGIS. *Les obsessions et les impulsions.* Ed. Doin, Paris 1902. [Ouvrage classique en France pour la période antérieure à JANET. Données sur les discussions théoriques du temps. Points de repères historiques.]

[3] E. JONES. *La vie et l'œuvre de Sigmund Freud* T. I, Ed. P.U.F., Paris 1958. [Indispensable car articulant jusque dans le détail le travail des années 90 à la carrière antérieure et postérieure de FREUD.]

[4] S. FREUD. *La naissance de la psychanalyse,* Ed. P.U.F., Paris 1956. [Rassemble la correspondance avec W. FLIESS et des manuscrits des années 1887-1902. Référence indispensable pour la refonte nosologique freudienne en ces années.]

[5] J. LAPLANCHE et J.-B. PONTALIS. *Vocabulaire de la psychanalyse,* Ed. P.U.F., Paris 1967. [Cf. notamment les articles « névrose », « névrose d'angoisse », « névrose obsessionnelle », « hystérie d'angoisse », « compulsion ».]

[6] P. JANET. *Les obsessions et la psychasthénie* 2e édition, 2 vol., Ed. Alcan, Paris 1908 et 1911. [Ouvrage majeur en la matière. Premier tome réservé à l'analytique de l'obsession et à la théorie de la psychasthénie. Second tome (en collaboration avec F. RAYMOND) rassemblant plus de deux cents observations.]

[7] P. JANET. *Les névroses,* Ed. Flammarion Paris 1914. [Condensé des opinions de l'auteur. Centré sur une permanente confrontation de l'hystérie et de la psychasthénie. Donnéeshistoriques.]

[8] J. ROUART. « Les névroses (généralités) », in *Encyclopédie médico-chirurgicale,* Volumes Psychiatrie, T. II, Paris 1955. [Données historiques et théoriques. Bibliographie.]

[9] G. BENOIT. « Vue d'ensemble sur les névroses », in *Conférences de psychiatrie,* Fasc. 7, Ed. Doin, Paris 1967.

[10] LEVY-VALENSI. *Précis de psychiatrie,* 3e édition, Ed. Baillière, Paris 1948. (chapitre : « les obsessions ».

[11] P. JUQUELIER. « Psychasthénie et obsessions », in *Traité de Pathologie médicale* sous la direction de E.

SERGENT, volumes : psychiatrie, T. I, Ed. Maloine, Paris 1921.
[12] A. BOREL et M. CENAC. « L'obsession », in « *Revuefrançaise depsychanalyse* », T. 5,N°4,1932. [Pont capital pour l'articulation des conceptions freudiennes à la vision clinique traditionnelle.]
[13] A. GREEN. « Obsessions et psychonévrose obsessionnelle », in *Encyclopédie médico-chirurgicale,* Volumes : psychiatrie, T. II, Paris 1965. [Exposé systématique et très « moderne » des conceptions de l'école freudienne. Importante bibliographie.]
[14] A. LAURAS. « Présentation clinique de la névrose obsessionnelle », in *La Revue du praticien,* 1er mars 1965. [Particulièrement didactique dans une perspective qui pour l'essentiel se fonde sur l'œuvre de JANET.]
[15] D. WIDLOCHER. « Personnalité obsessionnelle et personnalité phobique », in *La Revue du praticien,* 1er mars 1965.
[16] H. EY, P. BERNARD, Ch. BRISSET. *Manuel de psychiatrie,* Ed. Masson, Paris 1960 (chapitre : « La névrose obsessionnelle »). [Clinique de tradition plutôt classique. Etude de la personne dans une perspective psychanalytique nuancée. Résumé succinct mais précis des théories.]
[17] J. FAVEZ-BOUTONNIER et R. LANTER. « La psychonévrose obsessionnelle », in *Encyclopédie médico-chirurgicale,* Volumes : psychiatrie, T. II, Paris 1955.
[18] R. PUJOL et A. SAVY. « Le devenir de l'obsédé », Rapport au congrès de psychiatrie et neurologie de langue française de Clermont-Ferrand en 1968, Ed. Masson, Paris 1968. [A vrai dire, reprise de toute la question de l'obsession avec part majeure pour les théories freudiennes. Bibliographie récente française et étrangère.]

12

Thérapeutique, institutions et relations

12.1. Il serait hors du cadre d'une introduction à la psychopathologie de traiter de l'ensemble des moyens thérapeutiques dont dispose l'actuel arsenal psychiatrique. Des psychothérapies courantes dites de soutien à la cure psychanalytique type, des variantes et dérivées de celle-ci à l'hypnose retrouvée ou à la plus récente relaxation, des méthodes par chocs thermiques, sismiques, insuliniques aux cures de sommeil ou aux multiples médications néuroleptiques et tranquillisantes qui se renouvellent constamment, il saute aux yeux, dès la plus incomplète des nomenclatures, que les problématiques soulevées dans chaque cas, pour afférer toujours en quelque lieu sur le plan psychopathologique, n'y trouvent tout de même pas leur premier dénominateur commun.

A l'inverse, éliminer ici complètement le problème thérapeutique ne serait pas allé sans un arbitraire équivalent, ne serait-ce que parce que nos services ne sont plus tout à fait les sordides herbiers pour observation et culture de naguère. Nous nous sommes donc rangés à l'idée qu'il fallait examiner là la question : savoir ce qui se tente, depuis quelque temps, à l'intérieur des institutions hospitalières et par le truchement de « relations » en passe de rénovation, en insistant aussi sur les points incertains ou obscurs de la méthode, les interrogations qu'elle pose à la « maladie mentale », et peut-être plus encore à la société globale.

L'introduction historique, fixant l'inauguration de la tendance aux années d'occupation et de libération, suffira,

à notre sens, à légitimer que notre position soit ici plus partisane que dans d'autres chapitres. La deuxième partie fera état de la plate-forme d'accord initial et minimum qui réunit en somme ceux qui, acceptant de travailler sous l'auspice d'une « réforme de structure » dont la nécessité sociologique est criante, accèdent ainsi, non sans paradoxe, à une certaine gamme d'« effets » qu'il faut bien dire thérapeutiques. Enfin, il faudra faire état dans une troisième partie des divergences entre les réponses qui sont fournies à la question « comment poursuivre le travail ? », question qui ne peut être éludée puisque les conditions générales entourant ce travail se sont tout de même un peu transformées.

Position historique du problème

12.2. Depuis vingt bonnes années, on tend, en France, à souligner sur le plan doctrinal comme à exploiter sur le plan pratique les éventuelles ressources thérapeutiques spécifiques des institutions et collectifs de soins. Et on enveloppe sous l'intitulé général de « psychothérapie collective » ou de « psychothérapie institutionnelle » des expériences dont la diversité relève essentiellement de cette visée même si la référence doctrinale la plus commune dans le mouvement puise à des sources, d'ailleurs délibérément éclectiques, où la « psychothérapie de groupe » d'inspiration psychanalytique américaine (Slavson) ou anglaise (Bion) et le « psychodrame » ou la « sociométrie » de Moreno se voient relayées plus récemment par la « psychologie de groupe » de Lewin et la « non-directivité » de Rogers ou encore par la nouvelle lecture lacanienne de Freud.

Par rapport à ces courants, il faut à notre sens faire aux recherches françaises des vingt dernières années une place assez nettement à part. Si la réflexion et les essais des

auteurs français s'inspirent incontestablement de ces travaux, ce n'est pas en eux en effet qu'ils trouvent leur impulsion déterminante. A cet égard, l'aspect essentiel et en tout cas original du mouvement français paraît être défini par ces mots d'un de ses initiateurs, L. Bonnafé : « Durant les années de guerre et d'occupation, dans le climat dramatique du temps, mûrissait une redécouverte, celle du rôle thérapeutique propre de l'institution hospitalière ». (Bibl. N° 1, p. 1).

Les essais français conservent donc de cette époque de crise, sans pareille dans les pays anglo-saxons, une sorte de visage propre : celui d'une entreprise qui, tout en visant la recherche et la tentative d'utilisation systématique de *tout* ce qui dans la vie quotidienne de l'institution hospitalière peut prêter à des effets « thérapeutiques », les vise essentiellement dans la ligne conjointe et contradictoire d'une auto-contestation dont la permanence s'est assortie d'une acuité grandissante depuis ce temps. Aujourd'hui, à notre sens, la pierre de touche du jugement à porter sur le mouvement, dans des positions qui varient suivant les lieux ou les moments, reste au fond son attention persistante aux promesses de mutation levées dès cette époque pour l'ensemble des institutions de notre société et qui, pour avoir alors rapidement avorté, n'en conservent pas moins une présence et une exigence que souligne au demeurant la positivité même des essais tentés.

On retrouve d'ailleurs encore, dès le départ du mouvement, et spécialement sous la plume de G. Daumezon, qui lui donne son nom comme certains de ses titres majeurs, des références qui débordent largement le freudisme aménagé ou orthodoxe des auteurs anglo-saxons ; et ces références s'adressent à la « thérapeutique active » fondée sur le travail du psychiatre allemand H. Simon mais aussi à la tradition de la psychiatrie française en ses débuts. Et c'est ainsi que G. Daumezon exhume un propos perdu de l'élève le plus célèbre de Pinel, Esquirol,

où la « maison d'aliénés », sous condition d'être habilement conduite, est déjà conçue comme « l'agent thérapeutique le plus puissant contre les maladies mentales ». Bouchet aussi est retrouvé dans l'étonnante critique d'une société d'« individualisme » que lui suggèrent les nécessités de direction de son chantier d'aliéniste et leur relation expresse aux « principes mêmes du communisme ».

12.3. Au demeurant, on ne se borne pas à relire les classiques. Des accents plus modernes quant à la conception de l'homme en société et aux déductions à en tirer en ce qui concerne l'homme malade trouvent ici un écho ; et la méditation des vieux auteurs est donc reprise très au-delà du point où les étroitesses idéologiques de l'époque l'avaient laissée. Ainsi, chez G. Daumezon, à propos de ce fait, effectivement très esquirolien, qu'un séjour, même très bref, en « maison d'aliénés » suffit souvent à faire fondre comme neige au soleil d'impressionnants troubles du comportement. « L'action curatrice est ici moins fonction d'un facteur actif nouveau que d'un élément négatif. C'est davantage la disparition des conduites erronées antérieurement adoptées à l'égard du sujet qu'une nouvelle attitude qui a raison des tendances agressives ou clastiques, voire de l'anxiété » (Bibl. N° 2, p. 74).

Mais ce facteur est placé dans la lumière d'une génétique épistémologiquement précisée, dès lors qu'il est ajouté à la page suivante : « Dans la majorité des cas, c'est l'isolement, la suppression des contacts avec un milieu dans lequel s'étaient formées des réactions pathologiques, qui est à l'origine de la détente de l'entrée » (Bibl. N° 2, p. 75).

Ainsi en est-il encore, chez F. Tosquelles, des conclusions thérapeutiques qui lui paraissent devoir être tirées du rapprochement et de l'approfondissement des faits de cette sorte, innombrables dès qu'on consent à les voir sous cet

angle : « Or si je ne sais pas — et personne ne le sait — quels sont les éléments génétiques et fonctionnels sur lesquels nous devons intervenir (bien que nous intervenions comme tout le monde), je sais toutefois que *quelque chose de pathologique se passe au niveau du contact inter-social de nos malades,* que là, il y a une vraie plaie ouverte et que nous devons considérer comme une tâche de première importance de nous occuper des pansements ; c'est modeste mais indispensable » (Bibl. N° 5, p. 550).

12.4. Pour concevoir la possibilité de ce réveil de l'inspiration esquirolienne, en sommeil pourtant depuis de nombreuses décades pour de complexes raisons, impossibles à rappeler ici, et soudain amalgamée en même temps qu'actualisée dans l'affirmation vigoureuse de l'influence du « milieu », de la dimension « sociale » tant dans la maladie mentale que dans le programme thérapeutique en conséquence impliqué, il faut aussi se rapporter, comme en atteste L. Bonnafé, à l'impact d'idées moins rivées à la discipline psychiatrique : « Il est évident que, dans toute cette activité, l'influence de la pensée marxiste fut très puissante. Cette influence fut certes mordancée par les conditions historiques d'alors. Les succès mondiaux du communisme, l'audience du parti communiste français, son prestige grandi dans la Résistance, épanoui dans sa politique unitaire de renaissance nationale, aiguisait l'intérêt à l'égard du matérialisme dialectique. Les thèses marxistes sur la plasticité de l'homme d'après les circonstances, d'après les conditions concrètes de son histoire, sur la détermination du comportement par l'enchaînement des stimulations trouvaient un point d'application auquel cet intérêt devait nécessairement s'accrocher. Qu'en agissant sur les circonstances de vie des malades, qu'en changeant les conditions de prise en charge de leurs problèmes

thérapeutiques, leurs conditions matérielles d'existence et le système de rapports humains qui leur est donné, on dispose, parmi les moyens d'action sur leur conscience et leur comportement, de ressources puissantes et que l'on puisse ainsi avoir une influence décisive sur leurs troubles ne pouvait être considéré comme une simple hypothèse de travail, mais comme un principe de méthode dont la fécondité était d'avance assurée. Que « ce n'est pas la conscience qui détermine la vie, mais la vie qui détermine la conscience », que ce n'est pas les circonstances qui forment l'homme mais que « les circonstances sont transformées par l'homme et que l'éducateur doit lui-même être éduqué », telle fut bien, par conviction doctrinale chez les uns, par influence ou osmose chez les autres, l'inspiration idéologique prégnante dans le mouvement de cette époque » (Bibl. N° 7, p. 37-38).

On est en effet alors aux immédiats lendemains de débats passionnés, dont l'enjeu est la « renaissance » de l'appareil psychiatrique conjointement à son nécessaire éclatement. De telle sorte que le bouillonnement des discussions sur le thème plus désigné de *psychothérapie institutionnelle* ou *collective* s'inaugure à partir de 1947, dans la lancée de desseins beaucoup plus ambitieux issus de la Résistance par le truchement des « journées psychiatriques » de 1945 et 1947 : lancée que ne perdront jamais de vue, du moins en règle générale, les initiateurs du mouvement, quelles que seront ultérieurement les déperditions et effacements, les diffèrements et substitutions qu'auront à connaître les projets surgis de ce creuset. Et on retrouve donc, ici, une toile de fond historique propre à notre situation psychiatrique. En ces années, la tragédie des hôpitaux psychiatriques français à l'époque de l'occupation allemande reste encore d'une actualité bouleversante : avec ses drames de l'affamement délibéré ou hypocrite selon les lieux, les scènes d'horreurs vécues un peu partout de par la famine, ses ravages en vies humaines puisqu'on

estime à 40 000 le nombre de malades morts de faim dans les « hôpitaux » durant cette période ; avec ses luttes aussi parfois acharnées contre cet état de choses, la solidarité, le resserrement des liens entre médecins, malades et infirmiers ici ou là selon les circonstances, voire leurs activités communes dans les organisations de résistance. Car c’était aussi dans ce contexte infernal, du fond de ces années noires où la mauvaise conscience de tous ne pouvait guère en rester au registre complice du soliloque, qu’avait éclaté en 1942 et par la voix de P. Balvet le premier appel à repenser le rôle thérapeutique de l’institution hospitalière.

12.5. Quand la Libération, avec ses aspirations révolutionnaires, eut ouvert des voies nouvelles à la société française, le secteur psychiatrique n’en est pas resté aux déclarations d’intention. Et, tout naturellement, on a commencé par parer au plus pressant. C’est ainsi que dans les hôpitaux psychiatriques s’est amorcé un mouvement premier de réforme matérielle visant résolument la liquidation du vieil asile concentrationnaire hérité de l’avant-guerre et devenu pendant la guerre véritable camp d’extermination. Alors ont commencé les avanies d’un mouvement constamment sujet à l’ensablement mais aspirant aussi de ce fait le meilleur des énergies disponibles, pour accéder, ici ou là et tant bien que mal, à un statut d’instrument de soins à peu près digne de ce nom : où le champ des thérapeutiques biologiques modernes puisse s’étendre, où l’organisation de la vie collective puisse commencer à s’instituer, où l’effort de perfectionnement du personnel puisse devenir moins formel, ou une ouverture sur la vie sociale extérieure puisse se dessiner. Nous aurons certes à revenir sur la portée de ce mouvement, aussi sur le piège qu’il a été et l’illusion à laquelle il a prêté dans le monde vertigineux du « que faire ? » en matière psychiatrique. Pour l’instant, c’est dans le cadre de ce qui reste toujours un travail de

nettoyage, qui évoque fortement le tonneau des Danaïdes, que, à l'échelle nationale et à certains temps forts de ses très fallacieuses possibilités, le thème de la psychothérapie et de ses applications à une collectivité a pu passer à l'ordre du jour à partir des expériences de quelques pionniers.

De quoi s'agissait-il en substance ? Que l'asile, rebaptisé velléitairement hôpital en 1938 aux lendemains du Front Populaire, cesse de rester essentiellement le lieu de déportation, de ségrégation, de concentration pour tout ce qui, sous l'équivoque couverture psychiatrique, gêne ou dérange l'ordre social : qu'en s'articulant étroitement à un contexte où d'autres chaînes sont tombées, remettant profondément en question cet « ordre », puisse être lancé le mot d'ordre d'une entreprise qui utiliserait l'institution prise dans son ensemble matériel et humain dans un dessein de « thérapeutique institutionnelle ». Le projet était ambitieux. L'idée de ce qu'il fallait faire était assez confuse, et les essais limités, en nombre comme en qualité. Il faut reconnaître toutefois que, si à peu près tous ont avorté en raison de limitations de nature très largement extérieure à leur plan expérimental, cette période reste une sorte d'âge d'or. Un esprit et un besoin en effet en sont restés sur le plan d'une préparation pour un style nouveau de travail dont la découverte reste d'une actualité grandissante.

12.6. Quelle que soit en effet, en cette première phase, la terminologie dont le mouvement ait enveloppé ses options doctrinales, l'important est que, dans l'œil neuf des années d'après-guerre, on ait « vu » que ce qui tombe déjà un peu çà et là dans l'institution la moins préparée, que ce qui est susceptible, par conséquent, de tomber un peu plus dans l'institution éventuellement re-axée, ce n'est autre chose que la brume d'indifférence, de convention, d'hostilité, qui voile l'ensemble des relations entre les hommes dans notre

société. Mais alors, est-il possible que la levée de cette brume, si électivement redoutable pour les « malades » mentaux, puisse légitimement être tentée — ce qui serait un assez étonnant paradoxe — dans le lieu même où les ont jetés l'indifférence et l'hostilité communes ? La question, l'idée, un peu folle, peut-être révolutionnaire, était lancée, en tout cas, qui allait tenter de prendre corps dans la vie des services, en introduisant prioritairement leur personnel dans un essai de reconstruction active des rapports humains, de visages très variés, mais avec un dénominateur commun : faire front à des rapports de hiérarchie et d'oppression, d'inertie et de routine peut-être plus faciles à circonscrire et à toucher ici. Si la doctrine reste balbutiante et mouvante, l'idée-force demeure pourtant que la structure sociologique du service peut être envisagée et traitée comme une *structure relationnelle* susceptible de jouer un rôle profondément soignant.

12.7. Certes, la menace quasi irrémédiable, c'est ici l'illusion de type phalanstérien. Il serait utopique et dangereux d'ignorer d'inéluctables bornes : celles que posent essentiellement la situation et l'insertion dans la société de toute « organisation », fût-elle hospitalière. Mais si l'on n'escamote pas cette charnière, si l'on ne manipule pas malhonnêtement dans l'institution, spécialement à hauteur de son « personnel », ce qui y est profondément résultante, « relationnelle » elle aussi, des rapports sociaux généraux qui fondent notre société, il est possible d'y découvrir une marge utilisable. Qu'entrent ici en jeu des réticences et des limites, des oppositions et es dcontradictions, cela va sans dire. Il ne fait aucun doute qu'un champ optimum pour de telles entreprises ne verra le jour qu'avec des rapports sociaux fondamentaux de transparence et de fraternité, tels qu'on les escompte d'une société socialiste. Avant ce terme, des étapes avec leurs « objectifs intermédiaires » peuvent être envisagées. Et

c’est un peu, à notre sens, à un tel travail de laboratoire dans un domaine particulier, que se livrent aujourd’hui certains de nos services dans leur recherche d’effets et d’interventions relationnelles ou interpersonnelles — sous couvert de « psychothérapie institutionnelle ».

12 8. Mais c’est dire aussi, et nous aurons à y revenir dans l’examen de la phase présente du mouvement, que cet enjeu doit rester très clair : spécialement aux moments de retombée ou de stagnation inévitables dans le processus évoqué. Qu’on demande trop des relations sociales particulières de l’institution par rapport à l’état des relations sociales générales de la société globale et on sera voué aux volontarismes ou aux substitutions. Qu’on omette, ce que l’histoire des vingt dernières années a montré en toute clarté, que rien ne change vraiment profondément hors les moments révolutionnaires et post-révolutionnaires, où la société française prête un œil neuf à ses malades mentaux, et on sera tenté de se réfugier dans la gestion de l’isolat institutionnel. Que la société dite aujourd’hui « de consommation » dirigée se pérennise, quel pourra bien être le sort des voies de « sympathie » entre les soignants et les soignés de l’isolat, fût-il géré par les principes les plus avancés de la psychothérapie institutionnelle ?

Autant de points épineux à souligner d’emblée puisque, aussi bien, c’est entre leurs écueils que nos activités naviguent dans les « institutions ». Il est entendu que la vigilance paraît pouvoir s’imposer pour autant que les activités de contestation à l’intérieur des institutions primordialement hospitalières possèdent un relatif parallélisme avec les mouvements de contestation qui travaillent la société extérieure. Quoi qu’il en soit, la tâche passe aujourd’hui par le détour d’un souci majeur pour la « formation » du personnel de l’institution, même si l’on dit souvent, dans le mouvement, qu’à orienter son attention trop nettement en direction du personnel, le travail prend

le risque de manquer à ce qu'il doit aux malades. Car, à l'inverse, on oublie trop, ce disant, que le noyau le meilleur du « collectif soignant », celui qui se révèle dès le départ de la démarche institutionnelle et sans lequel celui-ci ne saurait s'amorcer, est, en règle générale, fait d'hommes et de femmes résolument opposés aux déséquilibres issus de ce qu'il est convenu d'appeler « l'ordre établi » : noyau susceptible de s'agrandir comme de cultiver et différencier ces options pour peu que l'occasion en soit proposée dans le travail ultérieur de l'institution. Et que cet effort ingrat, obscur, convenons-en, ait à être tenté, cela suffit, à notre sens, à le justifier pour autant qu'il soit simplement pensable de le faire — et sans pousser donc trop avant, pour en éluder la nécessité au bout du compte, des antinomies dont le formalisme relève de très spécieuse inspiration.

Argument de la démarche institutionnelle

12.9. Comment s'est, peu à peu, défini le champ de l'emploi thérapeutique des moyens « institutionnels » ? Comment s'est, notamment, peu à peu, précisée la visée d'une entreprise vouée à rebrasser de fond en comble les attitudes et conduites pratiquées dans l'institution hospitalière par le « collectif » ? Comment enfin, a pu s'établir la ligne politique d'une refonte tendant à mettre un terme à la « direction » médicale parasitaire de tradition au profit d'une mobilisation décisive d'un personnel infirmier pourtant réglementairement verrouillé par le savant système de ses carcans hiérarchiques ?

Avant tout, c'est une décantation qui a fait lentement la part de ce que la démarche ne saurait être. Par exemple, contrairement à ce qu'on pourrait penser de prime abord, il ne pouvait être longtemps question de considérations « économiques » destinées à pallier la carence du nombre

de médecins en proposant on ne sait quelle « psychothérapie » de masse et à bon marché de la collectivité. Ainsi L. Bonnafé écrit : « J’ai souvent observé que dans la notion ambiguë de *psychothérapie collective* appliquée à la vie de l’institution de soins, le sens « psychothérapie d’une collectivité » était presque toujours retenu d’une façon assez univoque, étouffant le sens, tout à fait essentiel et sans lequel l’autre est déformé, « psychothérapie *par* un collectif » (Bibl. N° 8, p. 441). L’enjeu est apparu être essentiellement celui d’une activité psychothérapique. Le mot est pris alors dans son sens littéral, sans aucune restriction ou exclusion d’ordre technique, et vise donc une application individuelle en dernier ressort, mais passant par l’utilisation à plein de tout le savoir-faire, et de tout le savoir, du personnel infirmier de la collectivité : sous réserve qu’ils soient radicalement dégrevés de la contrainte d’en haut comme du libéralisme octroyé.

Il a fallu aussi, autre exemple, se déprendre nettement de l’idée que l’organisation matérielle et fonctionnelle de la vie sociale du service possède une quelconque vertu thérapeutique intrinsèque. Si, à cet égard, certaines expériences, caricaturales, ont prêté éminemment à dénonciation, le fait reste, et peut-être à tout moment, d’une tentation possible vers une sorte de perversion où les moyens, notamment occupationnels et récréatifs, de l’entreprise institutionnelle, sont exposés à être utilisés et pensés plus ou moins explicitement dans la perspective d’une efficacité *directe.* Pour représenter une maladie infantile de la démarche institutionnelle, parfaitement compréhensible lorsque, au regard d’abus criants au départ, les premiers résultats matériels, souvent spectaculaires, obtenus par ce truchement dans la transformation de l’ancien asile, ouvrent une pause ici ou là nécessaire, ce freinage ne tend pas moins à se perpétuer. On risque d’en rester alors à l’auto-satisfaction là où il n’y a

en somme que mise en place d'une infrastructure pour de plus ambitieuses visées.

Une mise en garde spéciale s'impose donc contre de telles tendances. Ainsi H. Torrubia écrivait : « L'organisation de la vie sociale dans un service peut ainsi devenir une arme à double tranchant. A côté de ses bienfaits indiscutables, dans la mesure où elle tend à désaliéner les malades et nous permet en outre de les observer et de les connaître sous des aspects multiples, cette même « organisation » risque de rendre l'aliénation plus subtile et comme travestie derrière les travaux et les activités que les malades sont « capables » de produire ». (Bibl. N° 9, p. 13). Et G. Daumezon l'appuyait de toute son autorité en même temps qu'il apportait ces précisions : « L'important est dans ce qui se passe dans et autour de l'atelier, du journal, de l'équipe sportive et dans l'action utile que ces sollicitations, ces tensions, ces échecs et ces réussites ont pour la réadaptation de chaque malade » (Bibl. N° 10, p. 29).

12.10. On s'est donc assez vite aperçu que les ressources thérapeutiques nouvelles surgissent, non tant du nouveau clavier « ergothérapique » mis en place ou de l'organisation « sociothérapique » de la vie collective bâtie sur lui, que du réseau relationnel à la fois plus dense et plus complexe. Celui-ci peut en effet commencer à élaborer sa trame par un double truchement, à la fois en plaquage et en concurrence par rapport à la structure d'inspiration militariste du système asilaire. C'était dans la naissance et dans la consolidation, dans l'incessante transformation aussi, des rapports humains dans l'institution que se dessinait la *possibilité* d'une action authentique, « psychothérapique » au sens large, susceptible d'être amorcée par le collectif. Autrement dit, l'impact stratégique se déplaçait sensiblement du tissu institutionnel au tissu relationnel. Les conditions de base

subissaient dès lors un transfert du côté des infirmiers pris dans leur ensemble, pour autant que ceux-ci, du fait de leur position dans le nouveau système, aient probablement à porter là le poids principal. Tout cela supposait désormais un apprentissage et de nombreux tâtonnements dans l'apprentissage de ces nouvelles fonctions relationnelles. Comme l'écrit L. Bonnafé, « on peut discuter implications et symboles, mais on reconnaîtra que nous n'avons pas besoin d'exégèse subtile pour définir au moins un plan de base, *favoriser un climat psychothérapique.* Pour cela, l'action décisive n'est pas au stade de l'élimination des stimulations défavorables et de la création des stimulations dans le cadre matériel, ni au stade de l'organisation de modes de vie plus sociables substitués au croupissement asilaire. Le moment décisif est au stade du perfectionnement des rapports inter-humains dans la collectivité de soins » (Bibl. N° 11, p. 359).

La base matérielle assurée, le travail ne fait en réalité que commencer. Il réclame dès lors de l'infirmier et du médecin tout autre chose que ce que prescrivent la loi, le règlement, voire les circulaires les plus « avancées ». On découvre notamment, dans cet objectif audacieux et difficile qui consiste à jeter autant de ponts que possible en direction du monde des malades, cloisonné dans et par le monde asilaire, à quel point les murs sont infranchissables tels quels. On bute sur cette antinomie qui fait que, si renoncer à l'utilisation de la trame relationnelle que propose l'organisation de la vie collective revient à oublier que le malade mental, malade dans son esprit, l'est tout autant dans ses rapports avec les autres, intervenir à ce niveau ne relève ni du prêche ni de la bonne intention. Car la lutte contre la suraliénation dont le malade est victime dans la structure asilaire passe nécessairement par la lutte contre une position à quelque égard homologue faite aux « soignants » dans la même structure — mais de par l'aliénation économique et sociale dans la société globale.

12.11. Et pourtant quelque chose reste possible — tant du moins que se prolonge, et il se prolonge durablement, l’état de gel de la situation asilaire. Dans l’action transformatrice ou, pour préciser plus, relativement aux épisodes de l’ère (en gros décennale) de démolition de l’asile, il se passe quelque chose : des conduites changent, des mentalités évoluent, des prises de conscience se produisent, de nouvelles relations apparaissent à tel ou tel endroit dans l’espace de la collectivité, à tel ou tel moment de son histoire. Tout un champ de forces se dessine, qui est à la fois une résultante et un moteur de la transformation. Sur ce chantier, l’oisiveté et l’enlisement des uns et des autres sont soumis à l’ébranlement. Alors, tout cela, on est d’abord tenté, bientôt contraint de le suivre ; on est d’abord tenté, bientôt contraint de le comprendre. Et pour essayer de le comprendre, on est amené à en parler. La discussion, le débat s’instaurent sur le thème conjoint d’autrui, autre soi-même, en changements relativement aux changements de la structure globale. C’est probablement le moment le plus important de la démarche institutionnelle : celui qu’évoque L. Bonnafé dans le bilan qu’il tire d’une expérience effective de dix années dans ce domaine.

« Les chantiers de cette renaissance, ce sont les services où, inlassablement, se poursuit le dialogue entre soignants, fertilisé par le dialogue soignants-soignés, les services où l’attitude caporaliste ou paternaliste du médecin-chef est devenue complètement hétérogène à la réalité quotidienne, ceux où le médecin est soulagé de son rôle de chef, où les problèmes tendent à se poser sur le seul terrain qui nous concerne : celui de la technique de soins. C’est une entreprise didactique qui domine ici la fonction de responsable d’un service hospitalier, dans sa part qui coiffe l’activité de colloque singulier. Et chacun de ceux dont l’expérience sur ce terrain a quelque valeur dit combien sa tendance à « ramener sa science » a dû se plier à la loi

fondamentale d’échange, combien il a dû recevoir de ceux à qui il donnait les acquisitions de sa culture » (Bibl. N° 7, p. 61).

C’est le moment qui engage aussi, mais c’est tout le problème, P. Bailly-Salins à en souhaiter le prolongement et la culture en ces termes. « C’est en cultivant, en éduquant ce sens de la compréhension d’autrui que l’on peut aborder des attitudes psychothérapiques. En faisant porter l’intérêt moins sur la description objective du comportement des malades mais plus sur ce qu’il veut dire, sur sa signification, sur les sentiments qui le sous-tendent, sur les mécanismes psychotiques mis enjeu, « ce que ça veut dire », ce qui s’est « passé », on éveille toujours le goût, l’intérêt du sens psychologique » (Bibl. N° 12, p. 385).

L’éclatement relationnel

12.12. Tel serait en effet le diagnostic le plus certain à avancer, en l’état présent, que celui d’un éclatement de la démarche initiale vers autre chose : lorsque, selon des régimes inaugurés dans des conditions fort différentes, de lieu et de moments non moins différents, l’institutionnalisme, preuve étant faite de son efficacité comme méthode pour le nettoyage des écuries asilaires, débouche invariablement sur les termes épineux de la question : « Comment poursuivre ? » Ce que l’emploi des moyens collectifs de l’institution, dans son programme ambitieux de redistribution des rapports humains, ne contribue pas peu à rehausser, c’est que, au cœur d’une maladie mentale, se découvre le plan d’une histoire et d’un drame auxquels la dimension psychiatrique apparaît homogène.

12.13. On s’achemine ainsi vers une conception des troubles mentaux comme d’une « manière d’être au

monde », selon le mot de L. Le Guillant : vers une conception où la référence majeure tend à se décentrer vers l’histoire d’une vie. Tout est dès lors à repenser dans la perspective active qui place au premier plan le respect de ces manières d’être et au second le temps de leur prudente transformation. Doit suivre consécutivement la rupture avec les impératifs d’un ajustage de force au monde selon tel ou tel rabotage chimiothérapique ou autre. Car il semble qu’on ait plutôt à aménager leur monde, qui est aussi le nôtre, de façon que les porteurs de telles manières d’être puissent, tout simplement, y vivre !

Dès lors, la relation soignant-soigné doit donc primordialement cesser d’être une relation formelle ou rituelle, commandée par une structure, pour devenir une relation agissante où l’instance dernière sera « l’attitude d’hommes résolus à aider leurs semblables avec tous les moyens de leur savoir » (L. Bonnafé), dans des relations où « il s’agit de donner du temps de vie d’un homme à un autre homme » (G. Daumezon).

12.14. Or ceci, qui apparaît comme le sédiment peut-être le plus sûr de la démarche institutionnelle, a certainement une grande portée *sociologique.* Car cette naissance de quelque chose de nouveau, sur le plan d’un besoin surgi en quelque sorte par la bande, à l’ombre du lacis relationnel de certaines institutions, ne saurait se satisfaire d’apports purement techniques — fussent-ils ceux d’une psychanalyse aménagée. Enté sur le système inter-humain spécialement désertique d’une structure *sociale* peu touchée à ce jour même sous le couvert de l’institutionnalisme, n’apparaîtrait-il pas plutôt comme indicatif et précurseur de bouleversements d’ensemble dans le système général des relations à l’échelle de la société globale ? Conviction d’autant plus assurée sans doute que, si nous travaillons sur ce qui, sociologiquement, commence à apparaître comme des « points de moindre résistance » (P. Chombart

de Lauwe) dans le tissu social, là où le tissu est spécialement usé et dénudé dans son usure, là où les rafistolages ne peuvent en aucun cas tenir, la tendance s'est affirmée au jour le jour dans la lumière insoutenable du travail en milieu asilaire. Car c'est là où, dans l'anachronique de l'insoutenable, le dépotoir se livre toujours, quels que soient les efforts que les hommes engagent, comme la structure-rebut qu'aucune rassurante caution thérapeutique ne saurait séparer du reste des institutions sociales. C'est là aussi où se creusent les failles premières, où se condensent les premières exigences de mutation, pour autant que ce soit là que se dessinent les traits les plus nets de la *pauvreté essentielle* de la condition humaine actuelle. A certains égards, ce qui s'est passé et ce qui se passe institutionnellement dans nos asiles depuis vingt ans, par le concours conjugué du mouvement de réforme matérielle et de la démarche institutionnelle, ce pourrait bien être l'inscription en clair de *l'échec* des ravaudages et des replâtrages dans nos sociétés pour les plus « bidonvilles » de leurs zones et les plus parias de leurs administrés.

Quoi qu'il en soit, une direction active en matière de relations humaines se doit de préciser l'action en retour, complexe, qu'opère l'expérience relationnelle déjà acquise en direction de la vie sociale. Car à notre poste d'observation et d'action placé à la charnière psychose-vie, là où les *néo-formations* de la clinique traditionnelle ont pratiquement cessé, tout au moins en règle générale, de faire le principal du problème, tout n'est pas pour autant devenu un désert où nous n'aurions que faire. Mais il y a un tournant à prendre dans la mesure où l'on commence à percevoir que, dans l'espace relationnel, l'effort à poursuivre n'est pas seulement d'ordre médical — fût-il celui de la différenciation psychothérapique. Quand il s'agit d'agir sur telle ou telle façon de se noyer dans un marasme de conduites abouliques, sur telle ou telle autre qui est de

se débattre dans des compensations délirantes pour éviter cette même noyade, ce qui frappe peut-être le plus, c’est le pauvre et lamentable drame d’une vie prise dans sa simple littéralité. On va ainsi jusqu’à se demander si le « fond » de la maladie mentale ne serait pas fait de nœuds et de difficultés fort peu différents de ceux de la vie courante, à cet appauvrissement près et selon des cas-limite de misère et d’isolement dans une vie sociale qui, d’une certaine manière, voue chacun à la misère et à l’isolement.

12.15. Certes, il ne conviendrait pas ici de faire, dans la confusion, une transmutation de nos impuissances en palabres ou de notre ignorance en contestation et en révolte. Il n’empêche qu’avec ces « formes de vie chronicisées » c’est, comme le dit L. Bonnafé, « le mal de l’existence dans le monde » qui se trouve engagé : même si l’on reste aujourd’hui « dans les plus grandes incertitudes » quant au problème plus général du « statut anthropologique de la folie ». Désormais, la recherche est ouverte sur cette idée : la condition de nos malades comme condition humaine commune, mais plus visible, plus éclatante, parce que jaillissant précisément dans une trame d’appauvrissement relationnel que déguise mal telle trompeuse façade extérieure, que révèle en tout cas la démarche institutionnelle.

D’aucuns brandiront alors la nécessité inexorable du décryptage de l’inconscient pour lequel l’institution aurait à prêter et à aménager ses structures. Et ils récuseront, dans le reflux de quelques déboires historiques voués par eux à éternisation, le potentiel éventuellement contestant et subversif d’une « culture » pour ce qu’il est convenu d’appeler aujourd’hui « psychothérapie ». Mais est-ce la seule et la meilleure façon de combler l’attente de ces épaves dont nous avons évoqué plus haut la rencontre désespérante dans la sphère d’une vie relationnelle ravagée par tant de cicatrices, de handicaps, de

diminutions, de précautions ! Est-ce la demande dernière de ces « faillites existentielles » (Le Guillant) où, sans grand fracas, sans beaucoup de bruit ni de fureur, s'ouvre le procès de notre vie « normale » en société !

12.16. La question vaut une pause, le temps d'une réflexion, pour le travailleur collectif engagé dans la démarche institutionnelle. Car enfin, ce qui lui est proposé là, c'est une retraite dans un lieu qu'il n'a pourtant pas fondé, c'est l'exploitation de mines ou d'enfers, offerte en substitution là même où il apparaissait plutôt être question de développer les ferments révolutionnaires éventuellement germés dans les activités de la phase première de transformation asilaire. Car enfin, est-ce l'aménagement ou l'explosion de l'institution que fixe au bout du compte pour le travailleur collectif qui s'y forme le pas décevant de sa réforme ? S'il lui apparaît, à un moment donné, que, en règle générale et pour une véritable efficacité, le programme d'aménagement des relations auquel il a commencé là à se donner « doit se poursuivre dans un aménagement de la vie entière » (G. Daumezon), le caractère exclusif d'une option psychologique ne fait-il pas figure de détournement là où c'est de l'éclatement révolutionnaire de cadres sociologiques qu'il s'agit primordialement et de plus en plus sensiblement depuis vingt ans ? En somme, ce que cette perspective paraît bien dévaluer, c'est tout le potentiel de permanente mise en question de *l'ensemble* des problèmes de l'homme et de ses rapports sociaux, à quoi, aussi bien, le travailleur collectif se trouve inexorablement amené à la pointe la plus « relationnelle » de son travail conjointement aliéné dans la plus « contestable » des superstructures institutionnelles de sa société.

A notre sens, au cours de ces longues années passées à tenter de faire mûrir dans un collectif quelques pauvres conditions préliminaires à un travail relationnel nouveau,

un événement majeur se produit : la soudure de ce collectif à la mesure de sa déhiérarchisation. Mais, devenu partie prenante dans l'affaire, chaque personne qui vit en contact avec les malades dans la collectivité psychiatrique a dès lors son mot à dire. Car, dans tout essai pour changer l'ordre existant, il n'a pas seulement une part déterminante, il s'est introduit aussi, par le canal d'une très obligée révision statutaire, à ce potentiel d'intérêt, voire de *fascination,* que réservent la découverte de la discipline et de ce qui, plus ou moins confusément, s'y cuisine. Car tout simplement cela concerne, du plan institutionnel au plan relationnel, les problèmes *généraux* de la condition humaine que la misère asilaire même aide à poser en termes plus concrets et donc plus corrects.

12.17. Mais nous pensons aussi que les hommes et les femmes qui, à l'occasion de l'entreprise institutionnelle, se sont trouvés engagés dans l'amorce de ce processus qu'est la constitution d'un collectif, sont fondamentalement les mêmes hommes et les mêmes femmes dans les heures d'exercice de leur statut social de soignants qu'à l'extérieur de l'institution. En ce sens, leur potentiel d'éventuelles disponibilités pour ces « relations thérapeutiques individualisées », dont P. Béquart évoque la nécessité pour les malades, ne peut être qu'à la mesure de leur potentiel relationnel extérieur, et valoir en gros ce que vaut ce dernier. Car nous ne travaillons pas, tant s'en faut, dans des îlots de vocation socialiste illusoirement à l'abri de la trame et de l'emprise oppressive-répressive des relations sociales structurales pour la société globale. Bien au contraire, dans nos services du secteur *public,* l'aliénation du travail avec tout ce qu'elle suppose de « rapports » d'isolement et de facticité, se trouve sans doute encore rehaussée et renforcée du fait que, dans notre régime capitaliste, le secteur public est le dépotoir, ici médiéval, de ce qui n'est pas jugé rentable dans le secteur privé. Or il

s’avère que c’est dans ces conditions aggravées, au regard au moins de la moyenne institutionnelle de notre société, que quelque chose de nouveau a surgi, en matière relationnelle, au détour de la démarche institutionnelle et prenant sensiblement le pas sur elle. Cela donne à supposer que le meilleur de ce que nos malades paraissent là en droit de légitimement escompter dans un plan de carence déjà moindre *doit* bien déjà se trouver ici et là en germe au sein même des rapports de la société globale et de sa structure de classe ou d’aliénation. A notre sens, ce qui commence à se passer dans nos « institutions » serait même indicatif de ce que, dans la trame des rapports d’aliénation et d’oppression de la société globale, à la mesure même peut-être d’une apparente efficacité de ses mythes de camouflage, un mouvement, un glissement s’opèrent aujourd’hui vers *autre chose* qui rappelle les aspirations du lendemain de la Libération, bien qu’elles aient vite tourné court comme on sait.

12.18. Nous maintenons donc qu’à l’étape actuelle, préalablement à tout prolongement « psychothérapique » de l’institutionnalisme, c’est vers cette aurore qu’il nous faut nous tourner. Nous optons donc contre les précipitations de la tentation technicienne et pour la difficile patience d’une pause placée sous les auspices d’une « bataille culturelle » à l’intérieur du travailleur collectif. La raison en est que, pour sa propulsion ultérieure dans la recherche d’un style d’intervention relationnelle, pour une propulsion qui, si elle se produit, ne saurait se faire désormais qu’à sa manière, sans concession aux octrois venus d’en haut, d’autres références s’imposent — et qui passent notamment par un examen critique des faits sociaux du présent, tel que le propose spécialement tout ce qui compte en sociologie. Tant, en définitive, il apparaît qu’en ce carrefour social, complexe parce qu’ouvert, des relations plus sûres exigent

primordialement des hommes et des femmes plus mûrs : des hommes dont la conscience agissante ait à puiser à la lucidité d'une autoformation en collectif et sans limitations d'horizons, préalablement à tout rétrécissement d'une « formation » à telle technique mineure ou parcellaire pour auxiliaires. Ces relations nouvelles exigent des hommes et des femmes également préparés à toutes les secousses que notre société aura certainement, tôt ou tard, à subir aux points les plus inertes de son système institutionnel.

Bibliographie

[1] L. BONNAFÉ. « Définition de l'hôpital psychiatrique », in *Annales médico-psychologiques,* avril 1956, N° 4.

[2] G. DAUMEZON. « Les fondements d'une psychothérapie collective », in *L'évolution psychiatrique,* juillet-septembre 1948, Fasc. 3. [Texte-programme pour le mouvement français de psychothérapie institutionnelle.]

[3] G. DAUMEZON. « Action individuelle de la psychothérapie collective », in *L'évolution psychiatrique,* juillet-septembre 1952, Fasc. 3.

[4] G. DAUMEZON et Ph. KOECHUN : « La psychothérapie institutionnelle française contemporaine », in *Anais Portugueses de psiquiatria,* décembre 1952, N° 4. [Mise en situation historique et inventaire des moyens.]

[5] F. TOSQUELLES. « Intervention au Symposium sur la psychothérapie collective (Bonneval 1951), in *L'évolution psychiatrique* juillet-septembre 1952 Fasc. 3. [Première relation non confidentielle de l'expérience systématique de l'hôpital de Saint-Alban.]

[6] F. TOSQUELLES. « Histoire critique du mouvement de psychothérapie institutionnelle dans les hôpitaux psychiatriques français », in « Pédagogie et psychothérapie institutionnelle », numéro spécial (2-3) de *revue de psychothérapie institutionnelle,* Paris 1966.

[Historique très détaillé mais orienté par la perspective freudienne dont l'auteur a beaucoup contribué à asseoir l'autorité dans le mouvement français.]

[7] L. BONNAFÉ. « Le milieu hospitalier vu du point de vue psychothérapique », in ***La raison,*** N°s 17 et 18, 1er et 2e trimestres 1957. [Position critique prise par un des initiateurs du mouvement selon certaines perspectives du marxisme.]

[8] L. BONNAFÉ. Intervention à la première journée du Groupe de Sèvres sur le thème « A propos de la participation des infirmiers à la psychothérapie », in *L'information psychiatrique,* mai 1958, N° 5.

[9] H. TORRUBIA. « A propos de la sociothérapie », in *Revue pratique de Psychologie de la vie sociale et d'hygiène mentale,* 1956, N° 4.

[10] G. DAUMEZON. « A propos de la sociothérapie », in *Revue pratique de psychologie de la vie sociale et d'hygiène mentale,* 1957, N° 1.

[11] L. BONNAFÉ. « Sanctions punitives et psychothérapie collective », in *L'information psychiatrique,* juin 1956, N° 6. [Contribution à un ensemble de textes critiques portant sur l'expérience sociothérapique à l'hôpital de Lannemezan.]

[12] P. BAILLY-SALINS. « Psychothérapie et personnel infirmier, in *L'information psychiatrique,* mai 1958, N° 5. [Rapport à la première journée du Groupe de Sèvres.]

[13] L. BONNAFÉ. « Le personnage du psychiatre (III) ou les métamorphoses », in *L'évolution psychiatrique,* janvier-mars 1967, Fasc. 1. [Troisième article d'une série. Réservé à une critique d'une optique freudienne fermée pour la définition de la folie.]

[14] G. DAUMEZON. « Le psychiatre face aux données modernes de la psychiatrie d'adulte », in *Revue pratique de psychologie de la vie sociale et d'hygiène mentale,* 1964, N° 4. [Examen d'ensemble des données du métier

relativement à l’état social présent et non sans distance à l’égard de la psychothérapie institutionnelle.]
[15] G. DAUMEZON. « L’institution psychiatrique dans la cité de demain », in *Recherches,* Numéro spécial : « programmation, architecture et psychiatrie », juin 1967. [Restrictions de principe à une éventuelle prospective. Esquisse de réserves quant à la démarche institutionnelle.]
[16] P. BEQUART. « La relation thérapeutique en pratique hospitalière et extra-hospitalière », in *L’information psychiatrique* février 1965, N° 2.
[17] R. ROELENS et coll. « Culture-loisirs ou culture-travail ? », in *Démocratie nouvelle,* février 1964, N° 2.

13

Remarques sur la démarche psychopathologique

13.1. Au chapitre introductif nous avons laissé de côté la contribution des courants de recherche et de pensée actuellement les plus marquants en psychopathologie. Ce sont, essentiellement, ceux qui sont issus de la phénoménologie et de la psychanalyse. Il nous paraît donc opportun d'en venir à ce point avant de conclure ce cycle. Mais il est entendu que cet examen de clôture ne saurait se présenter à la façon d'un appendice que le lecteur, qui aurait l'intention d'opérer des recensements plus ou moins exhaustifs, considérerait comme hétérogène à la démarche que nous nous sommes constamment efforcés de suivre.

C'est donc relativement à celle-ci, essentiellement pour en souligner le fil, pour en compléter le cours, pour y asseoir aussi d'éventuels projets, que nous nous référerons maintenant aux apports phénoménologique et psychanalytique en psychopathologie ; c'est-à-dire en nous attachant davantage dans les deux domaines à une sorte d'ossature méthodique générale qu'à des acquisitions particularisées. C'est ainsi que nous envisagerons la phénoménologie dans la mesure où l'attitude qu'elle inspire en clinique nous paraît ouvrir des perspectives de pénétration dans les charnières d'insertion dramatique qui sont probablement spécifiques dans les quelques grands types cliniques retenus dans les chapitres antérieurs. Pour la psychanalyse, sans récuser légèrement ce qui y fait la matière et la problématique d'une discipline spéciale,

l'examen se prononcera tout de même dans le sens d'une réserve que nous paraît devoir susciter, préliminairement en somme, l'unilatéralité de son orientation génétique, à notre sens tronquée par indifférence originelle à un contexte institutionnel et social pourtant primordial.

Toutefois, ces domaines nous paraissent, avant d'être abordés, devoir être introduits par une tentative de réflexion, visant à savoir ce que vaut le moment sémiologique. Il a été constamment retrouvé dans les chapitres cliniques, comme d'ailleurs en pratique, et il s'est révélé à chaque fois être une sorte de carrefour toujours décisif, à la croisée d'une nosologie survivant tout de même à sa légitime critique et d'une psychopathologie loin de s'être assurée depuis sa récente naissance. Enfin, nous achèverons en revenant à cette perspective dramatique à laquelle notre fidélité reste entière. Mais nous essayerons d'ouvrir maintenant le schéma de travail qu'elle propose, selon un programme qui prenne en compte non seulement le passé mais aussi l'avenir du drame, probablement là moteur pour autant qu'on puisse le lire dans tous les négatifs que propose aujourd'hui, issu de philosophie et de sociologie, le point de vue de l'aliénation.

Bref préambule sur le moment sémiologique

13.2. Au terme de ces exposés, on est tout naturellement amené à récapituler ce que peut bien être la *fonction* sémiologique dans la démarche psychiatrique. Car, s'il faut constater que les lézardes du pesant nosologisme hérité du siècle dernier se soldent aujourd'hui par un certain discrédit de la sémiologie, son moment demeure. Il convient donc de s'y arrêter, relativement et introductivement à la démarche psychopathologique qui est cette fois à considérer dans son ensemble. Que nous le voulions ou non, en effet, le premier effort psychiatrique

s’ordonne sur le plan sémiologique, s’installe, fût-ce inconfortablement, dans les brumes de la classificatoire et du découpage, *commence* par une référence à des données, à des différences, à des oppositions en provenance composite du vaste herbier sémiologique des livres.

Par exemple, le hasard des entrées dans un service hospitalier fait qu’en quelques semaines on y admette plusieurs « schizophrènes » probables ou avérés. Dans le champ évoqué, le moment sémiologique représente la première figuration en matière d’individuation. Ainsi, tel apparaît comme l’encagement dans le vécu de discordance et d’abstractionnisme stérile, tel encore comme un feu d’onirismes mystiques à débouché d’ambivalence, tel enfin comme la pétrification de l’angoisse dans un autisme manichéen désagrégé. Nos premières personnalisations différentielles s’ordonnent donc manifestement, et non sans déjà une certaine prise sur le plan psychopathologique, autour de certaines grandes travées de la sémiologie — en l’occurrence schizophrénique.

Si nous regroupons maintenant, pour un autre exemple, quelques « délires chroniques », quelques délires au long cours, tels celui que nous avons évoqué au premier chapitre, la fonction du moment sémiologique n’est plus du tout la même. Le moment sémiologique notamment ne fonde plus, ou plus guère, l’individuation. Dans cet autre champ, il n’y a plus à proprement parler d’*effort* sémiologique visant à figuration humaine première mais tout au plus un simple recensement sémiologique d’attente : dépouillant non sans un peu plus d’« objectivité » la symptomatologie de telle persécutée déprimée ou de telle mégalomaniaque.

Dans la première série, donc, notre attente, au moins première, est comblée lorsque nous accédons à une certaine restitution *individuelle* du vécu particulier, par le truchement d’un appui, d’un *étai* sur des emprunts à un bagage tout juste propre, en première approximation, au

sec dépouillement dépersonnalisé de la certification. Cela est évidemment paradoxal puisque le premier visage humain que le malade prend devant nous passe par les éléments d'une nomenclature originairement, nous l'avons vu, sans visage.

Dans la seconde série, par contre, notre attente d'une lecture personnelle passe en somme cette étape où le sémiologique se connote d'un coefficient psychopathologique. Il s'agit d'interroger *d'emblée,* mais en deçà de la symptomatologie, le niveau dramatique de l'histoire personnelle. Il est entendu que cette attente première n'est comblée que s'il se produit un événement important à ce niveau, mais dont l'apparition ne dépend évidemment pas de nous. C'est, par exemple, lorsque telle dépression longtemps chronique et plus récemment hallucinatoire s'ordonne soudain autour d'une histoire dramatiquement réelle de faute et de mixte culpabilité-désespoir ou lorsque tel délire de persécution puis de filiation s'efface entièrement et durablement à l'occasion d'un léger déplacement vital qui en dit long, lui aussi, sur son enracinement dramatique.

13.3. Ainsi, dans ces deux grands cadres psychiatriques, la fonction compréhensive apparaît très différente sur le plan du travail de l'esprit qu'engage le moment sémiologique. Tout se passe un peu comme si une « profondeur » différente du trouble était ici et là en cause, mais surtout comme si, ici et là, l'enchassement dramatique du trouble était de nature différente. La nature de *l'insertion* serait encore d'une tout autre espèce si l'on se référait en outre aux bouffées délirantes plus événementielles, aux ruptures plus immédiatement lisibles du registre neurasthénique, à l'expressivité protéiforme de la théâtralité hystérique, sans parler de l'entrelacs véritablement génétique pour le déséquilibre mental.

Non seulement, donc, on ne saurait accepter comme valable la tendance de fait à répudier l'emploi de la sémiologie, mais il faut alors s'interroger sur le statut de la sémiologie en psychiatrie : sur la spécification, seulement opératoire, éventuellement scientifique, du « niveau » qu'elle enveloppe, et aussi sur sa capacité ou sa non capacité à accéder à un état de discipline fondamentale. Recherche qui devrait alors être mise en relation avec des questions posées il n'y a pas si longtemps et très courageusement par G. Daumezon sur les possibilités dont peut disposer la sémiologie d'exprimer une « perspective compréhensive » se référant à une authentique « connaissance de faits cachés ».

Toutefois, il ne suffirait certainement pas de prononcer, en une sorte de trop juste retour, le divorce entre nosologie et sémiologie pour que celle-ci se retrouve aujourd'hui comme blanchie de toutes contaminations de ce dont elle a quand même contribué à asseoir la démarche. Car en même temps elle apparaît comme une résultante dont l'éclectisme s'avère être fait, jusque dans le fonctionnement de nos têtes psychiatriques contemporaines, de toutes sortes de sédimentations historiques assez profondément hétérogènes. La cause est également entendue (et de prime abord sans appel) qu'il paraît bien difficile de ne pas employer la sémiologie à la façon d'un catalogue de commodités que pourtant rejette, au profit de grandes ambitions, G. Daumezon.

Car, il faudrait que, déjà débarrassé de la gangue de son passé, elle s'appuie aussi d'emblée sur une authentique *sémantique* psychiatrique, conforme en définitive à l'ambitieux programme saussurien : c'est-à-dire sur une psychopathologie, authentique science des significations, dont telle psychose ou névrose évoquerait sûrement le système dans un langage déchiffrable. Alors les « signes » de notre clinique pourraient être à la portée effective d'une

discipline analytique qui serait à la fois fondamentale et didactique.

13.4. Mais n'est-ce pas là précisément que le bât blesse ? La sémiologie ne risque-t-elle pas d'être écartelée entre une nosologie quand même subsistante et une psychopathologie à peine naissante ? La moindre des réflexions psychopathologiques n'aboutit-elle pas à faire surgir ou resurgir une crise d'objet et de concept de la signification elle-même ? Les contaminations traditionnelles de « maladie », comme l'emploi nosographique résiduel, n'interdisent-ils pas l'unanimité dans la position du problème de la folie, notamment en termes de contestation ou d'invention ? Les premières recherches d'une sémantique psychiatrique, spécialement en matière de symbolisme, ne sont-elles pas déjà l'illustration même du dogmatique et de l'encombrant ? Bref, pour longtemps encore, la sémiologie dont nous pouvons disposer dans ses deux aspects inséparables, nosologique et psychopathologique, nous paraît avoir une foncière vocation opératoire. Il est regrettable que la sémiologie véritable ne puisse être qu'au terme et non au commencement de tout ce que nous tentons pour comprendre.

Attitude et perspectives phénoménologiques

13.5. Après la table rase des années d'occupation et de libération, après l'effondrement d'entités surannées ne laissant que le vestige de champs de repérage accidentés d'incertitudes, la psychiatrie française s'est trouvée contrainte à un retour au moment originaire de sa démarche, pour redécouvrir ce qu'elle est quand même fondamentalement, le moment de l'écoute du malade. Et ce retour exige une sorte de vide de tête préscientifique qui

évoque singulièrement la situation première de l'effort phénoménologique. Dans ces conditions il n'est pas surprenant qu'une empreinte ait pu là se faire — diffuse mais singulièrement profonde.

Sans doute, l'emprunt de la psychiatrie contemporaine n'a-t-il pas toujours su éviter que le champ ainsi ouvert ne soit ici ou là encombré par telle ou telle psychopathologie prétendûment phénoménologique qui, pour s'inspirer de Binswanger, Jaspers ou Minkowski, s'est essentiellement bâtie dans la hâte et sur des mots. Telle ne fut pourtant pas la règle dans la fréquentation psychiatrique de ce courant de pensée, pour autant que l'expérience concrète retrouvée vouait non seulement à l'« originel » ou au « donné primordial » mais surtout à l'élimination première de ce qui avait été là si longtemps et si fallacieusement objectivé. En somme, il fallait, *pour commencer,* faire abstraction de toutes les surcharges que sont les hypothèses de l'usuelle réflexion psychiatrique aussi bien que les thèses ou les thèmes de son savoir. Pour parvenir à la « réduction » des « phénomènes » psychiatriques dans l'optimum de leur spécificité, que ne fallait-il pas mettre « entre parenthèses » ou « hors-circuit » sur les plans conjugués d'une analyse et d'une synthèse cliniques pour lesquelles, de toute façon, le savoir de référence apparaissait irréversiblement ébranlé ! Et on prenait donc en même temps la mesure de la difficulté qu'il y avait à revenir au seul « apparaître », aux « choses mêmes telles qu'elles se donnent » et « rien que telles qu'elles se donnent » pour une « description » qui peut alors ouvrir sur une « compréhension ». Dans la situation d'après-guerre de la psychiatrie française, la parenté était donc très profonde entre conditions de vide préalables à l'écoute du malade et conditions de vide préalables à la réduction phénoménologique. Elle était bien en deçà, donc, de toute reduplication phénoménologique du savoir psychiatrique,

au niveau de la méthode ou, plus précisément encore, de l’attitude.

Cette empreinte diffuse du courant phénoménologique ne peut être traitée à la légère si l’on tient compte des nouveautés qu’il a introduites au niveau de la relation soignant-soigné. Cependant, il s’en faut de beaucoup que la psychiatrie française d’après-guerre soit devenue « phénoménologique » à la façon de M. Jourdain prosateur. A la vérité, et on a souvent exprimé cette réserve chez les phénoménologues, le dénominateur commun resterait mince si, au milieu des difficultés que connaît la pensée *causale* et positiviste traditionnelle, tout s’était borné, en somme, dans la discipline psychiatrique, à une pause, dont la fin dernière aurait été d’opérer une reprise sur tout ce qui a pu là se construire, se fixer et, en fin de compte, se figer. Tout cela ne serait encore que maigre contribution de la phénoménologie à la démarche psychopathologique, même en entendant le terme au sens large et en rappelant, comme le faisait G. Lanteri-Laura, en 1959, dans la discussion du rapport de A. Hesnard au Congrès de Tours, que « l’effort phénoménologique de la pensée contemporaine » ce n’est pas seulement Husserl et Heidegger, fussent-ils introduits et prolongés par Sartre ou Merleau-Ponty, mais aussi, Hegel, voire le jeune Marx. Il y a donc encore à préciser au-delà de la fluidité évoquée.

13.6. On doit à G. Daumezon et G. Lanteri-Laura d’avoir poussé la précision en posant la question en ces termes : est-ce que, par le truchement de *« l’attitude phénoménologique* dans l’examen des malades mentaux », par le truchement d’une attitude où, donc, dans la relation médecin-malade, soignant-soigné, tout doit être géré selon le seul précepte « on doit laisser apparaître ce qui apparaît tel qu’il doit apparaître », on peut escompter que se fonde un jour une « sémiologie phénoménologique » susceptible

d’exprimer « un processus psychopathologique originaire » ?

Sans doute, le plaidoyer des auteurs doit-il être reçu avec quelque précaution. Sinon le risque serait grand, le champ ainsi redécouvert et à peine épuré de l’objectivisme déformant traditionnel, d’y réobjectiver sitôt après, sous l’étiquette fallacieuse de « processus », ce qu’aucune réduction ne saurait interdire de poser mécaniquement. Certes, les auteurs précisent bien qu’il ne s’agit en aucune façon d’élaborer « une sémiologie que nous déduirions d’une psychologie phénoménologique, reçue avec révérence ». Néanmoins, il faut ajouter que les solides parenthèses de la nouvelle « attitude phénoménologique » ne dispensent aucunement de l’examen critique destiné à stopper au départ toute tendance à *arrêter* une fois de plus sans appel l’existence de mécanismes universels et naturels sur le plan où ce qui est proprement et spécifiquement psychopathologique relève aussi, en chaque cas, d’une insertion dramatique *sui generis.* Autrement dit, il s’agit d’éviter de retrouver ici un modèle de *détachement* fait d’abstraction et de liquidation des liaisons dramatiques, dont le passé de la discipline a illustré la nocivité. Il s’agit, ce qui en bonne phénoménologie n’est nullement contradictoire, d’une mise entre parenthèses qui s’assortisse simultanément d’un retour et d’un travail sur les parenthèses. Car s’il est vrai que nous avons affaire, en psychologie pathologique, à des processus certainement « originaires », nous avons tout autant affaire à des rapports ou plus exactement à des processus pris dans des rapports — et selon des modalités probablement sans commune mesure de l’un à l’autre. C’est ce qui apparaît lorsque, par exemple, on rapproche le « processus psychopathologique » qui s’opère dans le décalage que nous avons évoqué pour l’expressivité paroxystique hystérique et celui qu’engage la rupture plus immédiatement événementielle de l’expérience primaire

déréalisante cernée dans les bouffées polymorphes. A notre sens, il revient à la nouvelle « attitude » de fixer son centre de gravité sur ces charnières qui sont probablement spécifiques. C'est en ce point précis, aux confins toujours brumeux et mouvants du sémiologique et du dramatique, que l'effort continu, visant à éliminer au mieux tous les présupposés, paraît avoir sa vocation et posséder sa chance d'éclairer les coulisses obscures du drame que vivent les malades, telles que les définissent les quelques grands regroupements sémiologiques de notre clinique contemporaine.

13.7. Ce que paraît *pouvoir* (au sens fort du terme) la nouvelle attitude, c'est contribuer à lever quelques antinomies singulièrement lourdes en notre démarche. Il s'agit certes de subordonner délibérément l'observé et l'appréhendé, le décrit et le compris, à la *méthode* d'observation et d'appréhension, de description et de compréhension ; mais il ne faut jamais non plus omettre que ce fut aussi dans une démarche constituante de son objet que « l'attitude clinicoïde » selon L. Bonnafé a fait apparaître le plan clinicoïde comme un *donné* et, à la limite, comme une *nature.* Il s'agit certes de viser à constituer phénoménologique-ment une sémiologie processuelle ; mais il faut aussi retenir la leçon et éviter de la forcer et de la gauchir par un trop d'abstraction et d'objectivation qui n'en ferait qu'une nouvelle et non moins contestable nature. Il s'agit de prendre en compte le domaine des *rapports* dramatiques dont l'éclatement des *processus* suppose, de toute façon, tel ou tel type de médiatisations : mais il ne faut jamais non plus, inversement, tout réduire à n'être que cela, en proclamant abusivement que ce qui apparaît psychopathologiquement ne serait que fixation illusoire, écume négligeable dans un déploiement singulièrement plus vaste enveloppant toutes sortes de relations gauchies, conflictuelles, etc. Il s'agit

enfin de se retourner vers ces *médiatisations* qui, entre les drames et les folies, doivent bien recéler quelques secrets de ces spécifications que nous observons en clinique ; mais il ne faut pas pour autant négliger les retours et réfractions vers le drame, notamment en raison des éclairages nouveaux qu'ils peuvent donner aux médiatisations dont on soupçonne l'existence.

A notre sens, si elle répugne à fixer l'axe de ses recherches sur ces charnières, si elle élude la chance qu'elle paraît ici avoir de découvrir les reliefs d'une nouvelle topologie, l'« attitude phénoménologique » manquerait à ce qui nous paraît être sa meilleure promesse : l'approche de ces concepts dont les désignations et les définitions seront seules susceptibles d'épuiser un jour le caractère probablement spécifique de la relation drame-processus dans les grands regroupements sémiologiques.

Critique de la génétique psychanalytique

13.8. Pourquoi limiter ici notre propos à des réserves à l'égard de la théorie psychanalytique, réserves dont les racines plongent ailleurs qu'en la discipline ? Il faut d'abord dire que nos réserves ne sont pas hétérogènes à la « démarche psychopathologique » telle que nous l'entendons. Surtout il ne s'agit pas là de récusation ni même de réticence au regard de l'immense savoir accumulé dans le domaine psychanalytique. Il ne s'agit même pas d'en écarter le domaine par on ne sait quel décret abusif qui prétendrait que l'objet n'est commun que par rares et brefs recoupements entre ce qu'on a appelé plaisamment une « psychiatrie lourde » et « une psychiatrie légère ».

Il suffira de rappeler succinctement que, sur nos terrains de chasse si longtemps réservés, la psychanalyse depuis

longtemps gravite. Si Freud, de sa vie, ne traita un psychotique, pour des raisons dont on a parfois marqué le coefficient autobiographique, il ne ferma jamais la porte, sous réserve qu'on y apporte les « modifications adéquates de la technique », à ce que l'expérience soit tentée, et cela d'autant que l'appareil conceptuel de la psychanalyse s'avérait fonctionner dans ce domaine et sous sa propre plume : du fameux cas Schreber (1911) des *Cinq psychanalyses* à *l'Introduction au narcissisme (1914).*

En matière théorique et pratique de relations psychanalyse-psychoses, le champ fut tôt abordé par les pionniers de l'école, fascinés par l'ampleur de la lecture permise dans des concepts pourtant issus de la cure des névroses. Parmi les recherches, c'est, bien sûr, à la schizophrénie que revient la part du lion. Abraham y établissait avec précision, au primitif stade oral, le moment où se fixe la régression narcissique vue là par Freud, tout en estimant, et contrairement à celui-ci alors, que son actualité n'élimine pas toute possibilité de transfert, ni donc de traitement. Federn y réévaluait le jeu classique des instances de l'appareil intrapsychique, en émettant l'hypothèse d'une sorte de couple fait d'un Ça trop fort et d'un Moi trop faible, d'un Moi libidinalement déficitaire, mal défendu et finalement submergé par les pulsions inconscientes. Frieda Fromm-Reichmann y remarquait, dans la perspective interpersonnelle du culturalisme, l'angoisse primordiale par rejet précoce, notamment par la mère, avec agressivité diffuse consécutive, refoulement conjoint de l'une et l'autre, insatiable besoin de bienveillance ; les uns ou les autres, Rosen, Ellenberger, Bychowski, Mme Séchehaye encore, ou, en France, plus près de nous, Racamier, Schweich proposaient des techniques ajustées pour la cure, soit de façon pragmatique, soit en en poussant plus ou moins l'argument théorique. Il n'y a eu cependant ni exclusive ni monopole

pour la schizophrénie : ce dont attestent, parmi tant d'autres, les travaux déjà anciens d'Abraham sur la mélancolie, la thèse d'avant-guerre de Lacan sur la paranoïa, le rapport récent de Kestemberg sur l'érotomanie, etc... Sans oublier enfin, cette psychotisation grandiose à laquelle, à certains égards, revient l'œuvre de Mélanie Klein dans sa reprise du classique stade prégénital au niveau le plus archaïque (Bibl. N°s 5-6-7-8-9-10).

13.9. Mais on reconnaît là aussi tout entier le système notionnel, complet et clos, clôturant en somme le corps d'une recherche autonome, qui cadre, au croisement du normal et du déviant, la génétique freudienne ; il s'y joint obligatoirement tout un arrière-plan spécifique de questions amenant d'incessants rebondissements et des controverses parfois théologiques. Et pour n'en mentionner qu'un domaine, non des moindres au demeurant, la querelle de la « signification », rappelons qu'il a fallu là singulièrement en rabattre, épistémologiquement parlant, sur les candides et simplistes évidences ou illuminations du départ en matière d'interprétation, s'interroger encore tant et plus sur les éventuelles carences d'universalité de ses références génétiques autoritaires, surprendre toute la relativité dans l'ordre du préfiguré idéologique de la notion ambiguë d'« intentionnalité » du psychisme à laquelle tout renvoie. Il faudrait parler au surplus de la féroce critique lacanienne où cette tarte à la crème, sévèrement assujettie cette fois à d'apocalyptiques hétéronomies sourdant de la primordialité signifiante d'un inconscient décentré, ne connaît plus que de très exigus défilés.

On ne saurait certes rester, fût-ce dans ce que L. Bonnafé appelle nos « dépôts d'exclus », entièrement à l'écart des tumultes qui entourent le parti pris psychanalytique, c'est-à-dire rester sourd à ce qu'ils découvrent jusque dans ce parti pris même. Toutefois, à y plonger en entier, on risque

à manquer d'autres, ce à quoi, pour notre part, nous ne sommes pas à ce jour décidés. Car, en matière de « génétique » — en opposition, fût-elle relative, à la ligne d'évaluation freudienne —, nous serions plutôt tentés de dévaluer dans la folie la part éventuelle de l'accident passé et de sa marque, pour y primer ce que L. Bonnafé nomme « quelque avatar malheureux dans la juste protestation de l'esprit contre une injuste contrainte » (Bibl. N° 11, p. 22) et rapporter prioritairement celle-ci aux excentricités et hétéronomies du social dans le drame. Postulat avéré, sans aucun doute, mais qui trouve aussi à s'alimenter dans les failles originaires que la position critique qu'il inspire découvre dès lors dans la génétique psychanalytique.

Car enfin, ce à quoi puise la génétique à l'œuvre dans la psychopathologie psychanalytique des psychoses comme des névroses, c'est à une problématique sans critique de sources où, à la fracassante question du « comment » personnalisant, la réponse est, dans toutes les versions, univoque. Cette réponse ne sait que renvoyer à une exclusive où le tout de l'histoire individuelle est entièrement décentré vers le moment lointain et enfoui de la petite enfance, dans son irrémédiable livrée cousue d'après les seuls patrons ou modèles parentaux.

13.10. Pour la thèse plaide *actuellement* — mais ce n'est qu'actuellement — le poids d'un constat de moyenne qui met en avant la formation précoce, dès l'enfance, dans les débuts assez incontrôlables de l'ontogenèse, d'une sorte de trame, mal nommable dans l'état actuel du savoir psychologique, mais dont, en tout cas, le potentiel perdurant ou répétitif est d'une évidence parfois décourageante, surtout quand cela est corroboré, comme il arrive souvent, du plus distingué des témoignages littéraires, tel celui de M. Leiris, à la plus pauvre des histoires cliniques.

Affligeant constat assurément ! mais qui, peut-être un peu hâtivement, sous les plumes freudiennes, où l'on franchit bien vite l'écart à vrai dire étroit d'une affirmation à une apologétique, prend la figure d'un fatum écrasant. Car, à ériger, sur la toile de fond de ce qui n'est tout de même que constat de moyenne, l'ombre portée des modèles *infantiles* et des portraits de famille dans une histoire individuelle, jusqu'à en faire une matière première pour une science, encore faudrait-il que celle-ci soit primordialement critique. Or on prend là mesure exacte du parti pris conservateur où se mettent certains milieux psychanalytiques, qui font régulièrement l'économie de cette critique. Notamment lorsqu'ils vont jusqu'à se complaire dans la dévalorisation sans appel d'éventuels modèles *adultes* tout autres, lorsqu'ils avancent qu'aux éternels « petits d'hommes » que nous paraissons voués à être la vie adulte ne sera somme toute que survie.

Nous ne récusons certes pas un état de fait ni sa prise en considération. Mais ce que nous regrettons, c'est que celle-ci ne soit pas élargie et, encore une fois, en vue d'une primordiale critique ontologique, jusqu'à ses dimensions sociologiques. Car la psychanalyse a eu ce privilège de mettre en évidence cette bascule où paraît chavirer dans l'enfance tout ce qui compte, au moins « régulièrement », à l'époque de l'âge adulte, là où celui-ci apparaît si désastreusement dans son « poids » fantomatique de fiction et de façade, de copie et d'itération. Comment alors n'avoir pas jeté les ponts, car il y en a sûrement, vers l'état adulte, dans la mesure où il se réduit, sociologiquement parlant, dans toute la longueur stéréotypée de ses programmes, à l'exercice difficultueux d'un pauvre assemblage de diverses fonctions dont la somme finit immanquablement par coïncider avec le fonctionnement en rouages proposé par et dans l'engrenage social ? Si, d'aventure, l'état social ne réclamait massivement que des « petits d'hommes » survivants ! Telle serait en tout cas, à notre sens, la

question préliminaire que devrait se poser une génétique en mal d'assurer sa vocation scientifique.

Il y a peut-être plus encore. Quand on creuse du côté de la fameuse « structure ternaire » de l'Œdipe, plaque tournante en cette génétique, on s'efforce d'envelopper, au travers de son double scandale fantasmatique d'inceste et de meurtre, le plein d'une situation et de relations familiales tout de même *globales* et l'on découvre alors l'immense matière imaginaire qui se qualifie peut-être surtout ainsi, parce que, au nœud œdipien, vis-à-vis d'un père et d'une mère trop *réels,* c'est tout ce qui est à la disposition du « petit d'homme ». Dans ces conditions, est-ce qu'on peut vraiment se contenter d'entériner le dogme selon lequel tout cela procéderait exhaustivement du ciel instinctuel ou pulsionnel, mais en tout cas « biologique », de la libido et de la destrudo ? Il devrait plutôt crever l'œil quêteur de génétique (sous réserve, mais c'est tout le problème, qu'il consente à se retourner !) que, ce biologique problématique, c'est en tout cas une structure sociale préformée qui le problématise, le spécifie, l'actualise. C'est un *statut familial total* en société que les psychanalystes, au travers des nœuds de vipère de l'Œdipe, devraient être les premiers à dévoiler et aussi à contester dans une perspective sans complaisance et sans compromission. Car on a peut-être ici, puisqu'il s'agit de faits et de science de l'homme, autant à prospecter les lignes éventuelles d'une transformation à la racine d'un présent rien moins qu'intouchable si, aussi bien, ce présent les propose, qu'à l'aménager, sans autrement l'interroger, par sondage et manipulation du passé. Et, soit dit en passant, de quelles précieuses indications cette voie éventuelle pourrait être redevable à la psychanalyse, si celle-ci consentait, depuis son lieu privilégié d'observation et d'intervention, à examiner au niveau de la structure familiale envisagée comme structure sociale les liens évidemment *internes* entre tel statut de père et tel statut

de producteur dans la société économique, le retentissement à peine soupçonné du statut de producteur aliéné dans son travail et rejeté dans le statut privé de sa famille pour ce qui concerne, bien sûr, le plan des images et des identifications, puisque nous restons ici en terrain génétique. Peut-être qu'à regarder aussi l'Œdipe de ce côté, qu'à l'envisager, selon un retour méthodique sur lui-même, pour lequel ne saurait exister d'interdit consubstantiel, comme l'expression médiatisée d'un état social historiquement marqué, le procès théorique de la génétique psychanalytique aurait singulièrement gagné sur le plan du « modèle » qu'il prétend souvent impérieusement ériger.

Esquisse d'un programme dramatique

13.11. A cette étape provisoire d'une démarche psychopathologique qui se cherche encore largement, le morceau de la science d'homme dont elle peut se réclamer se manifeste toujours comme ayant quelque mal à respirer : il reste comme enserré, muré derrière autant de parois concentriques que d'objectivations, ici nosologiques, là psychopathologiques. Il semble que le temps soit venu d'opérer un retour où, sans tenter de faire l'économie d'une vertigineuse démystification, on pourrait reprendre à cet endroit où la surenchère sur les symptômes, les syndromes, les mécanismes en était venue à réifier la « maladie mentale » au plus grand dam des malades. Est-ce que le moment ne serait pas favorable pour essayer de percer quelque peu le béton d'un savoir qui apprend peu en définitive sur ce qu'il inventorie et répertorie, depuis cette espèce de degré zéro qui se met à se découvrir au stade actuel de notre pratique ? Il s'agirait alors de poursuivre un propos, un peu trop oublié, de S. Follin et L. Bonnafe naguère, selon lequel la démarche psychiatrique ne saurait

être sans rapports avec le point de vue philosophique et sociologique de l’aliénation. Le registre de cette recherche pourrait aussi être désormais plus explicite dans une matière que les efforts « thérapeutiques » des vingt dernières années ont dégagée.

Car enfin, si, à hauteur de cette humanité, retrouvée « derrière » les maladies, tant dans les promesses révolutionnaires avortées d’il y a vingt ans que dans les efforts entamés, nous l’avons vu, dans leur poussée, les choses n’ont évidemment rien à voir avec on ne sait trop quelle spéculation où l’aliénation mentale s’éclairerait homologiquement d’aliénation sociale, il reste que la matière, naguère souffrante et humiliée sous tant de découpages ou machineries psychiatriques, propose, en son visage de maintenant, des *figures* quotidiennes et dramatiques qui évoquent irrésistiblement cette sphère aujourd’hui beaucoup mieux spécifiée.

13.12. Nous observons, dans notre pratique, des « mécanismes » qui grincent et qui se grippent ; nous observons aussi des vies qui se taisent, et souvent depuis longtemps. Sous nos yeux, et à la mesure même des décarcérations psychiatriques ou institutionnelles obtenues, une sorte de gel, discret mais irrémédiable, se découvre souvent, sans commune mesure avec les « observations » du passé. Ce dont nous entretiennent ainsi ces vies ravagées ou désertiques, dès lors que nous les avons quelque peu découvertes sous leurs croûtes psychiatriques, c’est d’un interminable présent. Présent fait certes (qui pourrait en douter ?) d’un poids de passé accablant ; mais présent fait aussi, dans ce qui s’avère n’être plus qu’un faux-semblant de mouvement, d’une négation de l’avenir, au sens fort, puisque, littéralement, de cet avenir, ces vies ne parlent pas ou ne parlent plus.

Nous apprenons à laisser peu échapper de ces vies dans ces années cruciales où nous les rencontrons. Et, de prime abord, tout n'y paraît pas, tant s'en faut, compromis. Ce fil d'une histoire qui tente encore de se poursuivre, nous tentons même de contribuer à ce qu'il s'assure. Dans la mesure de nos moyens, qui restent de fortune faute de véritable pouvoir à l'extérieur, nous multiplions les essais. Nos échecs peu à peu nous en apprennent terriblement sur notre candeur et ses leurres. A l'enchâssement de telle ou telle constellation psychiatrique que notre lecture dramatique a su déchiffrer dans le passé du malade, voilà que nous ajoutons un présent : voilà que nous participons, dans et par nos expériences, à la reproduction « psychiatrique », régulière à chaque piétinement ou embourbement. Et, chaque fois, il nous faut constater qu'en règle générale les choses sortent aggravées de l'épreuve. On en vient, médecins comme malades, à ne plus oser. Et on se met alors à questionner le cours deschoses, encore apparemment orienté vers un quelque part inconnu : dans la lumière accablante de cette paralysie où tout ne relève pas d'une carence d'instruments. Alors, au long de l'usure, lente mais sûre, de nos minces potentiels d'intervention ou d'appui, il se dégage, dans une connaissance qui ne dispose plus des alibis de l'extériorité, que, dans les drames de nos malades, qui ont d'ailleurs d'autant plus besoin de notre présence sous réserve qu'elle soit d'une exceptionnelle prudence, les dés sont très tôt jetés. Il nous faut faire le constat irréfutable que ces enchâssements que nous avons cherchés et trouvés, auxquels parfois dans nos « bonnes intentions » nous avons ajouté, sont explicitement et précocement des *emmurements.*

Toute chance d'en sortir apparaît à la fois prématurément et davantage compromise qu'on ne le pense communément ? Tout peut ainsi être très vite compromis à hauteur de condition humaine ? Tel serait, débordant largement le cadre d'une psychopathologie vainement close

sur elle-même, le cri d'alarme qu'une partie non négligeable de la « clinique psychiatrique » pourrait lancer dans le discours de ceux que préoccupent les sciences humaines, si ceux-ci du moins consentaient à faire sa part à la folie.

13.13. C'est ainsi, en tout cas, que pourraient « parler » ces figures issues de notre expérience personnelle, comme elles pourraient l'être d'ailleurs de l'expérience de tous ceux qui travaillent au contact des malades.

Ici, chez ce peintre en bâtiments de la trentaine, c'est le retour intermittent d'un même cloisonnement psycho-sensoriel à fantasmes homosexuels, suintant certes la peur des femmes, mais aussi, plus médiatement, la peur de l'autonomie professionnelle, la peur et la haine des indispensables-inéluctables parents, la peur et le dégoût d'une vie qui ne sait déjà plus écarter de son piétinement le recours à l'infirmité qu'il faut dire chronique de ces « bouffées » ; chaque fois elles se montrent prolongées, très au-delà de la favorable moyenne classique, chaque fois éclatant, quand tout ce qui s'accumule, sans conscience mais surtout sans espoir, sans pour nous la plus falote lumière d'une connaissance certaine, se prête, dans cette vie, à l'incidente étincelle.

Là, chez cette petite couturière « hystérique », également de la trentaine, le charme même pour être étrangement coagulé à la parfaite imagerie caractérielle des descriptions de Janet, c'est l'effort, herculéen pour elle, poursuivi depuis des années, et sans plus aucune des manifestations tapageuses naguère observées, pour « s'en sortir » dit-elle ; effort tout d'émouvante précaution, tout d'évitement souplement programmé à la faveur d'une reconversion comme lingère à la périphérie éloignée de ses anciens déboires ; effort ouvrant enfin une lueur, un amour, abordé non moins délicatement, non moins circonspectement ; puis le désastre, la mort accidentelle de

l’autre et le renvoi, peut-être pour toujours, aux harassements mortels de l’arpenteur du « Château ».

Ailleurs, c’est cet étudiant de vingt-cinq ans, dont nous avons déjà rapporté l’observation, et qui saura probablement aujourd’hui éviter le destin sans lendemain autre que l’asile-prison à long terme de la folie raisonnante classique ; mais quelle sera sa vie hors ces « moments féconds » qui la marquent aussi bien de la griffe redoutable de la fantasmagorie interprétative, cette vie qui déjà tangue, en changements de milieu, de ville ou de profession, vers un irrémédiable retrait sans projets et une rumination dangereuse d’approfondissement trop éphémèrement assoupli au seul gré hasardeux de brèves hospitalisations ?

Où est passée la *progression dramatique,* chez ces malades ? Et pourtant leurs âges n’imposent pas de vivre une situation par principe irréversible. Mais quel est l’horizon de ces destins ? Que propose aussi notre état social pour faire de ces étrangers autre chose que des passagers clandestins ?

13.14. Nous retrouvons notre propos : esquisser, en psychopathologie, un programme dramatique. Mais il apparaît qu’à la lumière de ces questions il convient maintenant de faire ressortir l’« arrière-plan » dont nous avons tenté antérieurement de former le squelette méthodique. Prioritairement, il faut le dégager d’une menace d’ornière où le tenait un schéma trop exclusivement tourné vers le passé, puisque ce dont sait parler, et le plus explicitement, la matière psychiatrique nouvellement manifestée, en s’adressant à une psychologie dont le secteur « pathologique » ne serait pas cloisonné, c’est du *possible* et de ce qui en aliène le *projet.* Il faut donc rompre délibérément avec ce structuralisme vaguement génétique auquel se réfère un emploi du concept de drame encore trop traditionnellement

causaliste. Il faut désormais creuser du côté du prolongement du drame, cela pour des raisons afférentes au champ psychiatrique, mais peut-être aussi intrinsèques au concept politzérien. Car, à se référer, pour ce concept, au sens scénique voulu par Politzer, c'est-à-dire dégagé du halo commun des résonnances émotionnelles du terme, on n'est pas pour autant contraint de prendre le théâtre ou le roman, qui en étaient la sûre référence, trop à la lettre : là où le dernier acte ou chapitre s'y clôture par le mot « Fin ». Or, et là le champ psychiatrique est spécialement parlant, le concept politzérien, *moteur,* quoi qu'en dise la critique lacanienne, ne paraît pas pouvoir s'épuiser dans la coïncidence avec un récit génétique purement tramé selon des points d'attache et des enchaînements importés d'ailleurs, fût-ce du passé ; car on réduit alors la portée de l'immanence dramatique à ce seul existant de mécanisme que Politzer critiquait avec insistance à propos de la psychanalyse.

Pour éviter le risque d'appauvrir le concept, de lui ôter toute chance de promotion validée en psychologie normale ou pathologique, il faut le retourner jusqu'à ce qu'il soit capable d'envelopper ce qui, dans quelque drame que ce soit, suit toujours le mot fin.

Or, à cet égard, dans leur silence, les drames que l'état présent de notre discipline propose à notre observation et à notre réflexion sont particulièrement patents : c'est de la *suite* dont, par eux, nous devons tâcher de continuer à faire parler notre discipline. Cela, toujours dans la pente du propos politzérien, mais en l'ouvrant désormais sur le possible, ce qui passe aujourd'hui, à notre sens, à la façon d'une exclusive, par la lecture de ces négatifs que lui sont les sphères contemporaines de l'aliénation. En somme, ce qu'on pourrait espérer, en interrogeant la « chronicité » psychiatrique, c'est qu'elle informe *à sa manière* sur la progression dramatique. Cette manière pourrait être double ; d'une part, là où le drame sans drames de nos

malades, que l’on découvre au détour des rencontres relationnelles soignants-soignés, le silence sur le projet, l’avenir, moins incarné dans tel discours poignant que dans des mélopées palilaliques ou à peine audibles sur le ratage, la fermeture concrète de tout ce qui dans la condition humaine est le droit le plus imprescriptible — le droit de vivre selon quelques perspectives — attestent que le mode de vie psychotique aujourd’hui représente bien la figure extrême de l’aliénation humaine. D’autre part, là où notre connaissance de la motivation dramatique, trop traditionnellement stoppée au repérage de l’entrecroisement de lignes de force passéistes, met en évidence, dans la lumière du point de vue de l’aliénation ainsi concrètement retrouvé, qu’elle ne peut négliger plus longtemps sur le plan méthodique la prise en compte du possible. Car il se dévoile déjà que le forçage du présent, de lui-même simple redondance, pure répétitivité, relève, au moins autant que d’une génétique rétroactive, d’une certaine anticipation futuriste : que ce sont les lignes de force de l’avenir qui apparaissent *tirer* le drame, au moins autant que ne le peuvent *pousser* celles du passé.

En somme, nous résumerions volontiers notre « programme » en formulant que, sans nier, certes, tout entrecroisement du passé et de l’avenir, tout ce trop évident poids du passé sur l’avenir décrypté au présent en une génétique assumant pourtant trop hâtivement la lettre de l’« individuel », il faut, et non moins, envisager l’avenir et le possible pour eux-mêmes : c’est-à-dire, moins au pôle de ce qu’un « individu » peut se permettre qu’au pôle de ce que l’état social lui permet de se permettre. Faute de quoi, on laissera en coulisses, sans emploi, les impossibilités d’advenir que forgent toutes les formes de mieux en mieux connues de l’aliénation et qui, dans leur excentricité infrangible et hétéronomique, empêchent d’expérimenter et de vivre qu’il ne saurait y avoir de « quotidienneté

dramatique » sans progression fondamentalement motivée par le possible et le moteur de sa prospection.

Bibliographie

[1] G. DAUMEZON. « Réflexions sur la sémiologie psychiatrique », in *L'évolution psychiatrique,* avril-juin 1957, Fasc. 2. [Important texte de doctrine établissant le programme d'une restauration statutaire de la sémiologie.]

[2] G. DAUMEZON et G. LANTERI-LAURA. « Plaidoyer pour l'attitude phénoménologique en psychiatrie », Communication au Congrès de psychiatrie et neurologie de langue française de Tours en 1959, in *Comptes rendus,* Ed. Masson, Paris 1960. [Poursuite d'une réflexion sur la sémiologie psychiatrique mais prolongée dans la perspective phénoménologique.]

[3] G. LANTERI-LAURA. *La psychiatrie phénoménologique,* Ed. P.U.F., Paris 1963. [Premier volet d'un travail. Encore essentiellement consacré à la phénoménologie « philosophique » rigoureusement suivie de Hegel à Merleau-Ponty. Introduction essentielle à cet égard.]

[4] A. HESNARD. « Apport de la phénoménologie à la psychiatrie contemporaine », Rapport au Congrès de psychiatrie et de neurologie de Tours en 1959, in *Comptes rendus,* Ed. Masson, Paris 1960. [Essai d'application systématique de la compréhension phénoménologique aux divers cadres de la clinique psychiatrique et de la psychothérapie. Voir aussi les contributions de G. DAUMEZON et de G. LANTERI-LAURA à la discussion.]

[5] P.-C. RACAMIER. « Psychothérapie psychanalytique des psychoses », in *La psychanalyse d'aujourd'hui,* ouvrage collectif, T. II, Ed. P.U.F., Paris 1956. [Comporte une introduction de références doctrinales.]

[6] P.-C. RACAMIER. Techniques de psychothérapie dans les psychoses, in *L'Encyclopédie médicochirurgicale* (Volumes : Psychiatrie), T. III, Paris 1958.
[7] H. ELLENBERGER. « Psychothérapie de la schizophrénie », in *L'Encyclopédie médico-chirurgicale* (Volumes : Psychiatrie), T. I, Paris 1955. [Très informé et argumenté en ce qui concerne l'histoire et les fondements théoriques des techniques aux U.S.A.]
[8] F. FROMM-REICHMANN. « Notes sur le déroulement du traitement de la schizophrénie par la psychothérapie psychanalytique », in G. BYCHOVSKI et J.L. DESPERT : *Techniques spécialisées de la psychothérapie,* ouvrage collectif, Ed. P.U.F., Paris 1958.
[9] M. SCHWEICH. « Données cliniques et approche psychanalytique de la schizophrénie », in *La psychanalyse,* volume 2, Ed. P.U.F., Paris 1956.
[10] J. LACAN. « D'une question préliminaire à tout traitement possible de la psychose », in *Ecrits,* Ed. du Seuil, Paris 1966.
[11] L. BONNAFE. « Le personnage du psychiatre — III — ou les métamorphoses », in *L'évolution psychiatrique,* janvier-mars 1967, Fasc. 1.
[12] L. BONNAFE. « Essai d'interprétation du fait psychiatrique selon la méthode historique de K. MARX et F. ENGELS », in *L'évolution psychiatrique,* Numéro exceptionnel, 1948. [Travail d'élaboration conjugué avec celui de FOLLIN. Plus attaché à la mise en perspective du « mythique » en la matière.]
[13] S. FOLLIN. « Rationalisme moderne et psychiatrie », in *L'évolution psychiatrique,* Numéro exceptionnel, 1948. [Plus attaché, dans la perspective marxiste, à des problèmes de méthode.]
[14] J. LAPLANCHE et S. LECLAIRE. « L'inconscient : une étude psychanalytique », Contribution au 6e Colloque de Bonneval en 1960, in « L'inconscient », ouvrage collectif, Ed. Desclée de Brouwer, Paris 1966. [Exposé des thèses

lacaniennes. S’ouvre par une critique de POLITZER tentée du point de vue de ces thèses.]

Glossaire

ACME, terme de médecine désignant, en matière de processus morbide, le plus haut point d'un développement.

AMAUROSE, type de cécité où l'intégrité des milieux périphériques de l'œil fait suspecter notamment des lésions de la rétine et des voies nerveuses optiques plus postérieures.

ASTASIE-ABASIE, syndrome neurologique ou pseudo-neurologique fait d'une perte conjuguée et plus ou moins complète de la station verticale comme de la marche, sans troubles moteurs ou sensitifs susceptibles d'en justifier au niveau réflexe élémentaire. Ce syndrome engage donc, au niveau de l'équilibration des mécanismes plus complexes, cérébelleux ou labyrinthiques par exemple, mais aussi, parfois, les mécanismes psychiques de la conversion.

BIOPSIE, geste opératoire qui consiste à prélever, sur le vivant, un fragment de tissu ou d'organe en vue de le soumettre à examen microscopique. La biopsie est notamment un temps essentiel dans le diagnostic de néo-formation et de sa variété éventuelle.

BOVARYSME, terme d'emploi psychiatrique non exceptionnel et qui désigne une constellation psychologique à la fois dérisoire et pathétique faite de cette insatisfaction et de ces compensations dans l'ordre fictif, romanesque, sentimental, de ces aspirations et de ces ambitions conjointement légitimes et vaines dont le

personnage littéraire de référence reste le prototype le plus parlant.

CÉNESTHÉSIE, notion physiologique ou plutôt psychophysiologique qui désigne le domaine de notre sensibilité générale, mais pour le registre interne, viscéral et végétatif, du fonctionnement de l'organisme — à l'exclusion donc du concours apporté par les stimulations en provenance du fonctionnement sensoriel. C'est une donnée en règle générale subliminaire à l'état normal mais soulignée différentiellement dans l'éventualité de certains processus psychopathologiques, notamment lorsque le travail de l'illusion, de l'interprétation, de l'hallucination porte sur cette sphère en accusant toutes sortes de sensations étranges, pénibles voire douloureuses : lorsque le malade, dans un langage imagé et forcé, incrimine des impressions diverses de transformation, localisée ou générale, qualitative ou quantitative, dans l'état et le fonctionnement de ses organes.

CHORÉE, manifestations neurologiques faites des mouvements involontaires et désordonnés d'amplitude plus ou moins spectaculaire communément connus sous le nom de danse de Saint-Guy et relevant de troubles dans le contrôle et la coordination de la contraction musculaire.

CONSTITUTION, terme qui, depuis sa référence coutumière à la structure du corps, désigne par extension, en psychiatrie, toutes qualités individuelles tant psychiques que physiques avec accent explicite ou implicite sur l'apport héréditaire. Cette notion est donc en principe opératoire mais en fait marquée idéologiquement car renvoyant en règle aux doctrines des constitutions (cf. « CONSTITUTIONALISME ») et de la dégénérescence (cf. « DÉGÉNÉRESCENCE »).

CONSTITUTIONNALISME, corps de doctrines, ou peut-être plus encore courant d'idées, qui, prenant acte de la réalité peu discutable de la constitution, tend à quitter le plan descriptif pour la faire prévaloir au plan étiologique selon un type d'explication qui fait une part majeure au bagage héréditaire.

CYCLOTHYMIE, terme qui, dans le cadre de la périodicité, marginalement ou non à la psychose type selon les cas et les auteurs, désigne plus particulièrement les états où l'alternance de l'humeur, pour être patente dans ses oscillations de l'euphorie à la tristesse, s'avère pourtant notoirement plus discrète que dans la bipolarité maniaque et dépressive classique.

DÉGÉNÉRESCENCE, corps de doctrines qui, non sans références primitives à l'acception courante du terme, prend acte de l'existence de tares ou de stigmates physiques et en infère celle de correspondants au plan psychique, en faisant dès lors de l'hérédité et de ses cristallisations constitutionnelles la pierre angulaire tant en matière d'étiologie que de classification (V. également « CONSTITUTION » et « CONSTITUTIONALISME »).

DIATHÈSE, terme de médecine un peu tombé en désuétude car il désigne des dispositions individuelles, de formule biologique assez obscure, à présenter des affections apparemment différentes, tant au point de vue des localisations que des symptômes, mais qui sont en réalité de même nature : par exemple, la goutte, l'obésité, le diabète, la lithiase urinaire, dans la diathèse arthritique qui reste la plus familière et une des dernières à être admise.

DIFFLUENCE, se dit, en sémiologie psychiatrique et conformément à l'étymologie, d'un propos ou d'un cours

des idées dont la cohérence coutumière est remplacée par une dispersion au hasard des associations ou autres sollicitations intercurrentes et auxquels manque donc cette suite que requièrent par exemple un récit ou l'enchaînement des réponses aux questions dans une conversation.

DIPLOPIE, perception visuelle anormale faite d'une persistance de deux images et qui suppose donc que, pour l'objet correspondant, l'habituelle fusion réalisée par les mécanismes réflexes de la vision binoculaire est en défaut.

ÉCLAMPSIE, désigne un syndrome convulsif dont les accès offrent la plus grande ressemblance formelle avec les crises de l'épilepsie mais qui interviennent à la façon d'accidents gravidiques : dans les tous derniers mois de la grossesse.

ENDOGÈNE, littéralement, qui s'engendre à ou de l'intérieur. En opposition à EXOGÈNE*, concept qui, en matière d'étiologie ou de pathogénie, désigne tout le champ de causalité et de génétique qui procède du milieu interne de l'organisme pour un processus morbide.

ÉRÉTHISME, terme de médecine qui correspond au constat d'un état général et anormal d'excitation ou d'irritation dans le fonctionnement d'un organe (par exemple, *l'éréthisme cardiaque).*

ERGOTHÉRAPIE, dénomination générale, à laquelle on préfère d'ailleurs maintenant celle de travail thérapeutique, pour l'ensemble des moyens d'occupation et d'activité employés en pratique psychiatrique à des fins de traitement. Organisée communément, dans une structure de soins donnée, sous la forme d'occupation en petits groupes (ateliers thérapeutiques et équipes plus volantes),

la gamme en est pratiquement illimitée : des équipes d’entretien (locaux, extérieurs) à celles de terrassement ou de ferme, des travaux de bas niveau (modelage, tressage, voire déchiquetage) aux activités réputées d’expression (dessin, céramique), des travaux de type artisanal (vannerie, poterie, menuiserie, ferronnerie mais aussi reliure, imprimerie) à l’occupation de type manufacturier (petits montages, finitions simples). On vise en règle générale à disposer là d’un clavier de possibilités diverses, compte tenu des ressources fort différentes des malades, des potentiels évolutifs au plan morbide, des climats de groupe polarisés par les individualités de l’encadrement. Les principes et le style d’organisation du travail thérapeutique, l’articulation du clavier ergothérapique à la vie générale du service, les rapports internes des groupes d’atelier et d’équipe différent, chez les auteurs, selon la représentation qu’ils se font de la vocation « thérapeutique » du travail : ici confiance en certaines vertus intrinsèques, là conception à la façon d’un appoint dans une thérapeutique complexe, ailleurs réduction à un prétexte pour des rapports humains d’un type nouveau dans l’institution.

ÉTIOLOGIE, de façon générale, partie de la médecine qui traite des diverses causes des maladies. De façon plus spécifiée, dans chaque cadre nosographique, chapitre où se trouve ex aminé l’ensemble de la problématique causale par lui posé.

ÉXOGÈNE, littéralement, qui s’engendre à ou de l’extérieur. Ce concept, au chapitre de l’étiologie ou de la pathogénie, désigne tout ce qui, en matière de causalité et de génétique, relève du champ extérieur de l’organisme par opposition rigoureuse à son milieu intérieur (V. également ENDOGÈNE).

HYPOMANIE, état d'excitation, passager ou durable, relevant de la particularité de personnalité ou de l'accident morbide, où les traits cliniques principaux de l'accès maniaque sont produits mais sous une forme notablement atténuée : expansivité euphorique plus qu'exaltation de l'humeur, abondance et bousculade plutôt que fuite des idées, hyperactivité dispersée plutôt que désordre des actes.

IDIOPATHIQUE, terme de médecine en lui-même imprécis, pour des états morbides qui, conformément à l'étymologie, n'auraient qu'en eux-mêmes leur source d'existence, de développement. Ce sens se précise lorsqu'on oppose les affections *idiopathiques* aux affections *symptomatiques* où la causalité s'implante dans d'autres terres étiologiques (par exemple : épilepsie idiopathique opposée à épilepsie symptomatique d'une tumeur cérébrale).

INAPPÉTENCE, littéralement, défaut de l'appétit. Par extension, et en référence à cette acception, l'inappétence désigne un défaut ou une défaillance globale dans toutes les sphères où vivre suppose la part d'un certain goût ou d'une certaine envie, d'une inclination sinon d'une convoitise : sans qu'on puisse guère qualifier autrement que comme un préalable cette appétence nécessaire tant en matière d'effort que de tension dans l'exercice de l'intelligence, tant en matière d'initiative que de soutien dans l'action, tant en matière de vivacité que de couleur du sentiment.

INVOLUTION, notion qui, en nosologie, enveloppe cette étape, intermédiaire et à vrai dire incertaine dans ses limites comme dans sa durée, où, au déclin de l'âge mûr, s'amorcerait une régression biologique globale : certes distincte, par sa relative précocité, de la sénilité avérée

mais pourtant quelquefois cliniquement signifiée par des éclats ou déficits de type psychiatrique avéré.

MENTISME, se dit, en sémiologie psychiatrique et pour le domaine sans doute alors opératoirement recevable du flux subjectif des idées et des images, d'une modification généralement pénible de leur cours, car faite conjointement d'accélération et d'incoercibilité, sans guère de prise possible sur ce défilé pour les coutumiers arrêts et fixations de l'attention.

MYTHOMANIE, se dit, en sémiologie psychiatrique, d'une tendance à altérer la vérité sur un mode plus ou moins exhubérant et selon des motivations plus ou moins utilitaires, en arrangeant le récit de faits donnés. Cette propension à la narration abusive peut aller jusqu'à de vastes fabulations plus ou moins cohérentes dont le sujet est le héros et même jusqu'à des développements extensifs mal délimitables de certains délires (délires dits d'imagination). Mais la part de l'imagination n'est pas toujours aussi simple et l'impulsion narrative peut se borner à quelques ajouts romanesques, à des enjolivures un peu formelles, à des conjonctures légèrement avantageuses, voire à des mises en relief et à des omissions tout à fait prosaïques. Quoi qu'il en soit, la construction mythomaniaque se distingue du mensonge banal par l'adhésion au moins relative de l'intéressé à l'histoire narrée. Toutefois, le problème se complique dans certains cas, lorsque la hâblerie et la fable deviennent la caution et le support d'activités antisociales marquées, ou d'opérations de médisance, de calomnie, d'intrigue où la malignité et la perversité peuvent aller jusqu'au chantage, la lettre anonyme, etc. Pourtant, si l'on distingue alors classiquement des formes cliniques correspondantes, il s'en faut que, dans la pratique, la signification soit toujours

aussi patente comme d'ailleurs l'extension fabulatrice aussi nettement programmée.

MYTHOPLASTIE, littéralement, mythomanie des syndromes (V. MYTHOMANIE). Elle définit, dans un système de concepts aujourd'hui communément rejeté pour son coefficient péjoratif, la tendance à la conversion somatique de type hystérique ou hystéroïde comme une fabulation des maladies dont le corps serait le théâtre à l'instar et en homologie pour le plan du récit dans la fabulation mythomaniaque (Ce terme est encore employé parfois en clinique pour son adéquation métaphorique.)

NEUROLEPTIQUES, drogues d'introduction récente (années 1950) et connaissant toujours aujourd'hui un emploi massif et une diffusion sans précédent dans l'arsenal des traitements psychiatriques. D'action tout à la fois inhibitrice et régulatrice plus complexe et plus profonde que les sédatifs ou hypnotiques antérieurement connus, ils tendent à réduire considérablement une part majeure de la symptomatologie psychotique, notamment dans les délires et les excitations. Dans une gamme qui continue à s'enrichir, le type en reste sans doute la chlorpromazine (Largactil).

NOSOGRAPHIE, domaine de la méthodologie médicale consacré à la définition, à la dénomination et à la distribution des maladies selon tous critères possibles de leur répartition en classes.

NOSOLOGIE, domaine de la méthodologie médicale consacré, de la manière la plus générale, à l'étude de tous les problèmes posés par le repérage et le classement des maladies.

ONIRISME, notion qui désigne, à l'extrême, en clinique psychiatrique, une forme de l'activité mentale qui apparaît se manifester sous l'aspect essentiel d'une infiltration massive et intempestive (débordant sur l'état de veille) par la « pensée de rêve ». Il paraît répondre sans doute de prime abord aux constructions automatiques changeantes et incoercibles de celui-ci en matière de visions et de scènes. Mais, à la différence de l'onirisme banal, et en intersection plus franche à l'hallucinatoire, l'onirisme psychiatrique comporte une participation active et intense, sur le plan de la conduite comme de l'expression émotionnelle, du sujet aux épisodes plus ou moins bien liés du scénario : comme si, à en juger sur cette dramatisation, le sujet « vivait son rêve », comme il est de tradition de le dire.

ONIROÏDE, notion clinique enveloppant des états peut-être dérivés mais pourtant nettement distincts des états oniriques (V. ONIRISME). Dans l'ensemble, la conscience apparaît ici moins engluée, moins rivée à ce qui la captive et il y a donc, à la différence de l'onirisme, parallèle maintien d'une certaine présence à la réalité sans dramatisation aussi spectaculaire dans l'engagement des conduites. En même temps, pourtant, l'appréhension globale de cette réalité environnante apparaît profondément métamorphosée, bouleversée : tout se passe comme si elle s'affectait, dans le vécu oniroïde, selon une résonnance inhabituelle de l'ordre de l'ineffable ou de l'angoissant, de l'illumination ou de l'extase, d'une profondeur significative sans commune mesure avec ce qu'en peut connaître la quotidienneté, d'un arrière-plan sans fond, d'un double de toutes choses et de tous êtres et marqué, suivant les cas ou les moments, du sceau dominant de l'étrangeté ou de la révélation, du mystère ou de l'énigme, de la tragédie ou de la dépersonnalisation.

PARÉSIE, terme de médecine pour une paralysie légère, avec diminution de la contractilité et de la force musculaires mais avec conservation d'ensemble du mouvement, tout au plus quelque peu maladroit et réduit dans son habituelle ampleur.

PATHOGÉNIE, de façon générale, partie de la pathologie qui traite de la manière dont les maladies se développent. De façon plus spécifiée : pour telle entité nosologique, tel groupement syndromique, voire tel symptôme particulier, chapitre où se trouvent envisagés les mécanismes qui président au développement morbide retenu (Ce domaine est donc distinct de l'étiologie (V. ÉTIOLOGIE), encore que lui étant étroitement articulé.)

PRODROMES, premiers indices. Dans le cours d'une maladie, la phase des prodromes ou phase prodromique est celle où se manifestent les tout premiers indices, indices avant-coureurs (au sens étymologique) du processus morbide. La dénomination marque nettement que la conception se fait là en termes évolutifs.

PSYCHOPLASTICITÉ, notion qui définit encore parfois la suggestibilité et le mimétisme du pathologique dans la conversion hystérique ou hystéroïde (V. MYTHOMANIE et MYTHOPLASTIE).

PSYCHOTONIQUES, drogues activatrices du fonctionnement cérébral ayant notamment pour effets d'effacer la sensation de fatigue et de faciliter l'effort intellectuel, de surcroît, parfois, dans un contexte euphorisant. Le type en est représenté par les amphétamines (maxiton et ortédrine).

PYCNIQUE, dans la terminologie de la biotypologie, définit une constitution dont les caractéristiques morphologiques seraient représentées par un développement bréviligne, en

largeur et en rondeur, avec notamment thorax ample, tronc ayant tendance à l'obésité, membres épais, extrémités courtes, etc... Elle se doublerait, au plan psychologique voire psychopathologique d'une propension aux oscillations cycliques de l'humeur jusqu'à la psychose maniaque-dépressive.

RAPTUS, se dit, en clinique psychiatrique, de manifestations paroxystiques ayant la forme de décharges psychomotrices brutales relevant, selon les cas, d'une recrudescence soudaine d'anxiété ou de fureur ; elles sont redoutées car éminemment susceptibles de déboucher sur des impulsions-suicide ou des impulsions-homicide en règle générale difficilement parables.

SCHIZOÏDIE, notion clinique et caractérologique surtout relative au champ nosologique et étiologique de la schizophrénie. Elle définit, dans ce qui serait donc déjà son ébauche, des tendances corollaires au défaut de contact avec l'ambiance, au retrait dans le domaine relationnel, au repli sur soi, constitutives d'une constellation caractérielle qui serait, au moins dans certains cas, le terrain constitutionnel prédisposant au développement schizophrénique. Dans la conception complète, la constitution schizoïde s'assortit de composantes morphologiques afférant le plus souvent au type dit asthénique avec développement longiligne, maigreur, étroitesse staturale, etc...

SISMOTHÉRAPIE, domaine général de la thérapeutique par convulsions et chocs en psychiatrie conformément à l'étymologie. Pratiquement, elle désigne le plus souvent aujourd'hui de façon restrictive le traitement par électrochocs qui vise l'obtention d'une série de crises d'épilepsie expérimentales.

SOCIOTHÉRAPIE, dénomination générale pour une orientation, parfois très complexe, qui, en pratique psychiatrique, se fonde sur l'organisation différenciée de la vie sociale dans une structure de soins donnée dans un dessein thérapeutique. Le clavier dont use cette entreprise va de l'ergothérapie* organisée en groupes d'atelier ou d'équipe, aux clubs récréatifs (sport, jeu dramatique, photographie), des comités mixtes soignants-soignés aux conseils élus de soignés, de l'organisation systématique de l'information (bulletins intérieurs, journaux muraux) à la participation poussée des malades à toute décision, à tout problème, à tout projet posé par la vie en collectivité, des réunions de tous ordres pour une communication maximum à la gestion démocratique des bénéfices des ateliers, etc... Différenciation, utilisation, direction diffèrent selon les options doctrinales des auteurs, notamment selon ce qu'ils attendent de l'impact sociothérapique au niveau des relations pathologiques.

STIGMATES, terme de médecine désignant en principe les marques objectives et quasi spécifiques d'un état ou processus morbide déterminé (par exemple : stigmates de l'hérédosyphilis). En psychiatrie, par extension discutable et devenue un peu désuète, ce terme concerne plus largement de tels signes objectifs mais aussi subjectifs (par exemple : stigmates de l'hystérie). Surtout, cette notion est devenue un des pivots de la doctrine de la dégénérescence : par enveloppement d'altérations d'ordre morphologique dont on a complaisamment étendu la description et la nomenclature voire, selon un parallélisme aventuré, d'altérations psychiques, qui signeraient conjointement dans la prétendue évidence de malformations congénitales droit venues de l'hérédité, l'implacable impact de la dégénérescence*.

SYMPTOME, manifestation certes anormale mais aussi d'ordre élémentaire qui, dans une sphère de fonctionnement de l'organisme, atteste de l'existence d'un processus morbide.

SYNDROME, terme clinique évoquant un groupement de symptômes de fréquence et de régularité suffisantes pour être rassemblés encore que sans rapport obligatoire à une maladie déjà cataloguée.

SYNERGIE, se dit du concours, synchronique ou non, de plusieurs organes ou muscles dont la coopération s'avère nécessaire, dans l'ordre du complémentaire ou de l'antagonique, pour l'accomplissement d'une fonction ou d'un mouvement.

SYNTONIE, notion qui désigne une constellation caractérielle, de frontières un peu incertaines, entre le sub-normal et le pathologique avéré. Elle est faite d'une résonance excessive et en même temps passive aux oscillations de l'ambiance, attestant de dispositions marquées à l'extraversion et à l'expansivité, à la facilité et à l'étendue du contact. Cette propension à l'engagement de tout l'être dans une intime fusion à l'entour ne va pas certes sans instabilité, superficialité, suggestibilité. Aussi bien, dans la conception complète, les aspects syntonique, cyclothymique, pycnique vont de pair, définissant alors une constitution prédisposant aussi dangereusement à la psychose maniaque-dépressive que la constitution schizoïde à la schizophrénie.

TERRAIN, notion relative aux conditions de déclenchement d'un processus morbide et y définissant de façon très générale, très vague aussi, la sphère biologique de dispositions, tant d'ordre congénital qu'acquis d'ailleurs, mais éventuellement préparatoires à cet égard : en

opposition notamment avec ce que définissent des notions comme celles de milieu ou d’environnement.

THYMOLEPTIQUES, dans certaines classifications nom générique pour les drogues neuroleptiques *. On tend maintenant à distinguer sous cet intitulé une série de drogues aux effets anti-dépresseurs plus particularisé et souvent spectaculaires. Le type en est, dans une gamme qui, elle aussi, s’étend, l’imipramine (Tofranil).

Index de quelques termes

PALILALIE
PARAMNÉSIE
PHOBIES

RUPOPHOBIE

TACHYPSYCHIE
THÉATRALISME
THYMIE
TRANSITIVISME

VERBIGÉRATION

XÉNOPATHIQUES (PHÉNOMÈNES)

Notes

1
Mentionnons seulement qu'elle fonde ce cours évolutif dans un approfondissement d'altérations de l'activité nerveuse supérieure marquées respectivement pour l'essentiel, dans les trois formes successives de la neurasthénie, par une défaillance de l'inhibition interne, une labilité pathologique de l'excitation, une prépondérance de l'inhibition supramaximale. Pour avoir des précisions sur ce que l'on entend par ces notions, on pourra se reporter par exemple au « Cycle de cours sur les travaux de I.P. PAVLOV » reproduits dans le numéro spécial de *La Raison* (mai 1954, n° 8), spécialement aux leçons « L'excitation et l'inhibition » et « Les névroses expérimentales ».

2
Pour un inventaire plus complet des manifestations hystériques on se reportera à : (1) J. Mallet : « Hystérie de conversion », in *Encyclopédie médicochirurgicale,* volumes *Psychiatrie,* Paris 1955, t. III (2) H. Ey, P. Bernard, Ch. Brisset : *Manuel de psychiatrie,* Ed. Masson, Paris 1960 (1re édit.), 3e partie, chap. 5 (3) G. Benoit : « Hystérie de conversion », in *Conférence de psychiatrie,* Fasc. VII, Ed. Doin, Paris 1966.

Participant d’une démarche de transmission de fictions ou de savoirs rendus difficiles d’accès par le temps, cette édition numérique redonne vie à une œuvre existant jusqu’alors uniquement sur un support imprimé, conformément à la loi n° 2012-287 du 1er mars 2012 relative à l’exploitation des Livres Indisponibles du XXe siècle.

Cette édition numérique a été réalisée à partir d’un support physique parfois ancien conservé au sein des collections de la Bibliothèque nationale de France, notamment au titre du dépôt légal. Elle peut donc reproduire, au-delà du texte lui-même, des éléments propres à l’exemplaire qui a servi à la numérisation.

Cette édition numérique a été initialement fabriquée par la société FeniXX au format ePub (ISBN 9782706207426) le 15 février 2019.

La couverture reproduit celle du livre original conservé au sein des collections de la Bibliothèque nationale de France, notamment au titre du dépôt légal.

*

La société FeniXX diffuse cette édition numérique en accord avec l’éditeur du livre original, qui dispose d’une licence exclusive confiée par la Sofia – Société Française des Intérêts des Auteurs de l’Écrit – dans le cadre de la loi n° 2012-287 du 1er mars 2012.

